

PATRICIA SILVA MARSOLLA

PERFIL DE PACIENTES ADULTOS ORTODÔNTICOS

CAMPINAS

2008

PATRICIA SILVA MARSOLLA

PERFIL DE PACIENTES ADULTOS ORTODÔNTICOS

Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação / CPO São Leopoldo Mandic, para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia

Área de concentração: Ortodontia.

Orientador: Prof. Dr. (a). Roberta Tarkany Basting Hofling

CAMPINAS

2008

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca "São Leopoldo Mandic"

M373p Marsolla, Patrícia Silva.
Perfil de pacientes adultos ortodônticos / Patrícia Silva
Marsolla. – Campinas: [s.n.], 2008.
65f.: il.

Orientador: Roberta Tarkany Basting Hofling.
Dissertação (Mestrado em Ortodontia) – C.P.O. São Leopoldo
Mandic – Centro de Pós-Graduação.

1. Má oclusão 2. Ortodontia. I. Hofling. Roberta Tarkany
Basting. II. C.P.O. São Leopoldo Mandic – Centro de Pós-
Graduação. III. Título.

**C.P.O. - CENTRO DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS
SÃO LEOPOLDO MANDIC**

Folha de Aprovação

A dissertação intitulada: “**PERFIL DE PACIENTES ADULTOS ORTODÔNTICOS**”
apresentada ao Centro de Pós-Graduação, para obtenção do grau de Mestre em
Odontologia, área de concentração: _____ em __/__/____, à comissão
examinadora abaixo denominada, foi aprovada após liberação pelo orientador.

Prof. (a) Dr (a)
Orientador

Prof. (a) Dr (a)
1º Membro

Prof. (a) Dr (a)
2º Membro

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela orientação e confirmação de Sua vontade em minha vida. A Ele, toda Honra e toda a Glória;

Ao meu querido marido Ronaldo, pelo apoio, carinho e compreensão nos momentos de ausência:

Aos meus queridos filhos João Victor e Leonardo, pela alegria que me proporcionam.

A minha tia Marlene pelo apoio em todos os momentos.

Ao meu querido Mestre Cláudio Rodrigues Azenha pelo incentivo e apoio.

Ao meu orientador Rodrigo Cecanho pela orientação.

Ao Prof. Dr. Jurandir Antonio Barbosa,

Prof. Dr. Hideo Suzuki,

Dra. Reinildes Ilda Pascoal

Dra. Carolina Steca Barbosa Caram

Dr. Celso Garcia Rodrigues

Meus profundos agradecimentos pelos conhecimentos transmitidos e amizade.

Aos meus amigos de turma pelos momentos de convívio e amizade.

“Até aqui nos ajudou o Senhor, e por
isso estamos alegres”

(1º Samuel 7:12 - Bíblia Sagrada)

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo caracterizar o perfil de 335 pacientes ortodônticos adultos, de ambos os gêneros, por meio de um questionário de múltipla escolha distribuído em consultórios de ortodontia nas cidades de Campinas, Hortolândia, Valinhos e São Paulo, localizadas no estado de São Paulo. Verificou-se que a maioria dos pacientes é do gênero feminino, têm até 30 anos de idade, escolaridade de nível médio, procuraram tratamento por motivos estéticos, a condição financeira foi o fator que mais influenciou no atraso da decisão para realizar o tratamento, possuem boa saúde sistêmica, com hábitos de higiene adequados e são pessoas esclarecidas quanto às características do tratamento ortodôntico e quanto às alterações oclusais promovidas pelo aparelho. Estes pacientes apresentaram: ausência de dentes, problemas periodontais, tratamentos endodônticos e uso de próteses. Todas estas características devem ser consideradas para que o clínico possa abordar o paciente ortodôntico adulto de maneira direcionada, respeitando seus aspectos fisiológicos e psicológicos.

Palavras-chave: Pacientes adultos. Perfil psicológico.

ABSTRACT

This work has the objective of characterize the profile of 335 adult orthodontics patients with both types, by means of questionnaire with multiple choices distributed in orthodontic offices in Campinas, Hortolândia, Valinhos and São Paulo all of them located in São Paulo state. It was shown that the majority of the patients are female, less than 30 years old, have concluded high school, aesthetic was the main motive that led them to the treatment, the financial condition was the main motive that induce them to treat only in adult phase, they have good systemic health with adequate bucal hygiene habits and they were informed about the orthodontic treatment characteristics as well the occlusion changes motivated by the use of orthodontic appliances. That patients presented: absence of teeth, periodontal problems, endodontic treatments and use of prosthesis. All this characteristics should be considered for the orthodontists for respect the physiological and psychological aspects of the patients.

Keywords: Adult patients. Psychological profile.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DA LITERATURA	9
3 PROPOSIÇÃO	38
4 MATERIAIS E MÉTODO.....	39
4.1 Amostragem e aspectos éticos.....	39
4.2 Critérios de inclusão e exclusão.....	40
4.3 Análise Estatística.....	40
5 RESULTADOS.....	41
6 DISCUSSÃO	50
7 CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS.....	59
ANEXO A - Aprovação pelo Comitê de ética em pesquisa	63
ANEXO B - Questionário.....	64

1 INTRODUÇÃO

O perfil do paciente ortodôntico atual vem se diferenciando daquele de alguns anos atrás. Uma das modificações mais observadas é a inclusão do paciente adulto que busca o tratamento ortodôntico (Reis et al., 2002). Alguns motivos já foram citados para justificar esta mudança, entre eles, a modernização dos aparelhos ortodônticos, a conscientização por parte da sociedade das vantagens estéticas e funcionais deste tratamento, um aumento da exigência estética entre os adultos, os quais atualmente, têm vidas sociais, afetivas e profissionais ativas até a senilidade e o maior número de dentes presentes na boca (Tayer, Burek, 1981; Breece, Nieberg, 1986; Capelozza Filho et al., 2001; Valle-Condotti et al., 2008).

Esta mudança implica na exigência do profissional em entender algumas peculiaridades relacionadas não só ao próprio perfil físico, como ao psicológico dos pacientes adultos: maior conscientização, maior motivação e cooperação em relação aos pacientes jovens; expectativas elevadas; a grande autopercepção da face e da oclusão (que é mais problemática entre os pacientes adultos que procuram o tratamento, quando comparado à população em geral (Natrass, Sandy, 1995), a necessidade de algum tipo de procedimento de outra especialidade (Janson, 2005); e a ausência de crescimento ativo (Garcia-Camba, 1995; Rosseto, 2004; Varela, Cunha, 2006).

Desta maneira faz-se necessário que ao se tratar tais pacientes, o ortodontista tenha uma visão amplamente interdisciplinar, conhecendo os procedimentos de outras especialidades (Câmara, Fonseca, 2004; Janson, 2005) e tenha conhecimento do perfil físico e psicológico deste paciente, principalmente abordando quais são suas expectativas em relação ao tratamento.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nance (1947 apud Passos, 2003) relatou que haveria diferenças entre o tratamento ortodôntico em adolescentes ou crianças com o mesmo tratamento em adultos e que nestes últimos haveria limitações, porém achava que mesmo assim, tratá-los seria possível.

Rateitshack (1968) ressaltou vários itens que deveriam ser considerados em relação à ortodontia em adultos, entre eles a relação ortodontia e periodontia e a viabilidade do tratamento ortodôntico no adulto com doença periodontal. Comentou ainda que a obtenção de uma correta higiene bucal, a presença de bolsas e de inflamação gengival e interferências oclusais seriam fatores que influenciariam na viabilidade do tratamento ortodôntico, porém este último seria necessário para que se pudesse possibilitar a manutenção e a saúde periodontal, pois dentes mal posicionados levariam à doença periodontal. Concluiu relatando que o tratamento ortodôntico em pacientes com doença periodontal dependeria das características e da severidade desta doença.

Bond (1972) fez considerações acerca das diferenças entre o tratamento ortodôntico em jovens e adultos em relação ao tempo de tratamento, acomodações funcionais e articulares, presença de doença periodontal e de distúrbios na articulação têmporo-mandibular. Todas estas considerações levariam à alterações de planejamento e de manutenção nos adultos.

Tayer & Burek (1981) pesquisaram sobre as atitudes dos adultos para com a terapia ortodôntica. Foram selecionados inicialmente 20 pacientes divididos em dois grupos de dez para reuniões informais na presença de um psicólogo onde

foram feitas perguntas planejadas. Posteriormente foram distribuídos questionários a trinta e cinco pacientes no início de tratamento e estes mesmos pacientes responderam ao término ou quase final de seus tratamentos um outro questionário. Foram relatadas algumas características psicológicas dos pacientes adultos submetidos ao tratamento ortodôntico: as primeiras quatro semanas foram as mais problemáticas para a alimentação e devido ao desconforto causado pelo aparelho; 100% dos pacientes sentiram desconforto; 60% se sentiram desconfortáveis pela aparência anti-estética do aparelho; 20% consideraram que o aparelho afetava negativamente suas vidas sociais; houve grande rejeição dos aparelhos extra-bucais, removíveis e o uso de elásticos intermaxilares. Mesmo assim todos os pacientes se submeteriam a outro tratamento ortodôntico se necessário.

Graber (1985) ressaltou que o mau-posicionamento dentário poderia contribuir para o aparecimento ou para a piora de quadros periodontais, porém mostrou vários aspectos que dificultassem a obtenção de boa finalização incluindo a natureza dos tecidos periodontais e a dificuldade na estabilidade dos resultados.

Alexander et al. (1986) relataram que o número de pacientes adultos procurando tratamento ortodôntico era crescente e os mesmos mostravam maloclusões de origem esquelética significantes, porém, muitas vezes, desejando tratamento não cirúrgico. Mostraram aspectos diagnósticos e terapêuticos relacionados a tais pacientes, realçando a importâncias de se verificarem quais seriam os reais objetivos destes tratamentos. O diagnóstico deveria verificar os problemas tridimensionalmente e reconhecer as limitações da terapia no paciente fora da fase de crescimento. A terapia periodontal deveria ser instituída e o paciente deveria visitar o periodontista a cada seis meses, de forma a não permitir acúmulo de placa e inflamação. Em relação às decisões por extrações, estas deveriam ser

feitas apenas após análise cuidadosa, levando-se em conta a quantidade de movimento que os dentes deveriam ser movimentados após as mesmas e o desconforto do paciente. Além disso, a modificação do torque em dentes anteriores, principalmente em pacientes adultos em retratamento, seria um movimento difícil. Relataram também que o tempo de tratamento poderia ser igual ao dos adolescentes, pois a maior cooperação dos pacientes adultos compensaria as dificuldades mecânicas. Em relação à contenção, indicam a fibrotomia superficial 6 meses antes da remoção do aparelho em dentes com rotação inicial para que a recidiva não ocorra. Recomendaram contenções fixas coladas e invisíveis tanto no arco superior, como no inferior para que o paciente adulto não se sinta incomodado com tais aparatos, o que, na opinião dos autores, aumentaria o tempo de uso.

Breece & Nieberg (1986) realizaram uma pesquisa com intenção de demonstrar ao clínico a real motivação de pacientes adultos buscarem tratamento ortodôntico na região de Lincoln (Nebraska). Usaram um questionário com 48 itens respondidos por pacientes adultos de 18 ortodontistas particulares ou da clínica da Universidade. Após analisarem os 204 questionários respondidos, verificaram que 2/3 dos pacientes tinham de 18-27 anos; 76% eram mulheres; 80% tinham pelo menos 16 anos de escolaridade; aproximadamente metade eram casados; a média de filhos por paciente foi de 0,8; destes filhos, 73% usavam aparelhos ortodônticos; e 180 dos pacientes adultos tratavam em consultório particular. Os itens motivacionais em ordem de importância foram: a) aparência; b) saúde dental e periodontal; c) oclusão/função; d) saúde geral; e) boa disponibilidade de recursos para o tratamento; f) saúde psicológica; g) sugestão de outra pessoa.

Musich (1986) pesquisou em 1370 adultos a necessidade de tratamento ortodôntico, a presença de doença periodontal e de interação ortodontia/periodontia.

Obteve que 32,5% tinham algum grau de doença periodontal, necessitando de uma inter-relação orto-pério. Observou maiores dificuldades de planejamento, de diagnóstico e de contenção nestes pacientes. Deixou claro que nos mesmos, não se deveria ter como objetivo do tratamento, o alcance da oclusão ideal, mas apenas uma melhora na mesma.

Harris & Baker (1990) compararam, em dois grupos de pacientes (adolescentes e adultos) do gênero feminino, a perda em altura da crista alveolar e a reabsorção radicular após correção de Classe II por extração de pré-molares. Os adultos apresentaram maior perda óssea, porém o tratamento se assemelhou ao dos adolescentes em relação ao suporte ósseo e ao tempo de tratamento.

Brown & Moerenhout (1991) pesquisaram, por meio de questionários, as alterações à percepção à dor de acordo com a idade e com a fase do tratamento de pacientes submetidos à ortodontia fixa. Foram distribuídos questionários para serem respondidos em quatro fases do tratamento: 1ª momento da separação; 2ª bandagem (2-7 dias após a separação); 3ª na primeira ativação (3-4 semanas após montagem do aparelho); e 4ª segunda ativação (3-4 meses após bandagem). Os pacientes foram divididos em três grupos: pré-adolescentes (11-13 anos); adolescentes (14-17 anos); e adultos (18 ou mais anos). Os resultados não relacionaram a dor ao tipo de má-oclusão, ao uso de analgésicos ou tipo de aparelho fixo usado. Os adolescentes apresentaram menor grau de bem estar psicológico e maiores níveis de dor nas fases de tratamento que os dois outros grupos.

Khan & Horrocks (1991) verificaram, após um estudo em 676 pacientes de ambos os gêneros com mais de 18 anos que iniciaram tratamento ortodôntico, que sua principal motivação era em nível de prioridade: a estética, a busca de alívio

de disfunções articulares e da melhora da saúde fisiológica e dentária. A ciência de problemas oclusais maior nas mulheres levou esta amostra a conter 71,6% dos pacientes sendo do gênero feminino; cerca da metade dos pacientes (51,8%) necessitavam de atenção multidisciplinar incluindo a periodontia, prótese ou cirurgia; o principal problema intra-arcos observado foi o apinhamento; cerca de 25% dos casos eram retratamentos; e a maioria eram casos de maloclusão classe II, 2ª divisão.

Espeland & Stenvick (1991) examinaram e entrevistaram 130 pacientes adultos em busca de dados que demonstrasse suas auto-imagem e satisfação com relação à própria oclusão. Sessenta e três por cento foram considerados com oclusão próxima do ideal ou com um mínimo desvio. Maloclusões moderadas perfizeram o restante da amostra, uma vez que as severas haviam sido tratadas na infância. As alterações mais relatadas como incomodo seriam localizadas nas regiões anteriores e 98% daqueles com oclusão próxima do ideal relataram satisfação em relação a ela. A maloclusão estava presente em 14 dos 16 insatisfeitos e as insatisfações foram devido a problemas reais, contudo traços de maloclusão foram percebidos em 30% dos satisfeitos.

Espeland & Stenvick (1991) avaliaram a auto-imagem da dentição de pacientes adultos tratados ou não tratados. Em ambos os grupos os pacientes foram capazes de descrever com detalhes suas dentições e 82% do grupo tratado identificou a fotografia de seus dentes na primeira tentativa. Concluíram que os adultos têm grande consciência de suas oclusões, indiferentemente de terem sido tratados ortodonticamente ou não, sendo capazes de avaliar os resultados do tratamento.

Levitt (1991) ressaltou a importância da remoção de problemas com patologias bucais previamente à terapia ortodôntica além da manutenção da saúde periodontal em todas as fases do tratamento e destacou a importância da inter-relação entre as especialidades. Mostrou casos de tratamento ortodôntico em indivíduos adultos de ambos os gêneros. Em sua opinião, o aumento da procura de adultos no consultório de ortodontia se deveria à melhora na aparência dos aparelhos ortodônticos e relatou que as maiores diferenças no tratamento de adultos em relação aos tratamentos em adolescentes e crianças seriam a natureza dos tecidos periodontais, a cooperação com o tratamento e a higiene.

Para Proffit (1991) qualquer que seja a condição oclusal originalmente, as metas do tratamento ortodôntico auxiliar para adultos deveriam ser:

- a) facilitar o tratamento restaurador pelo posicionamento dos dentes de maneira que mais técnicas ideais e conservativas possam ser usadas;
- b) melhorar a saúde periodontal pela eliminação de áreas de acúmulo de placa, melhorando o contorno da borda alveolar adjacente aos dentes, estabelecendo proporções favoráveis coroa-raiz, e posicionando os dentes de maneira que as forças oclusais sejam transmitidas ao longo do longo eixo dos dentes.

Em 1991, Proffit fez algumas considerações especiais no tratamento ortodôntico amplo de adultos como suas diferentes motivações para procurar tratamento ortodôntico e reações psicológicas diferentes a ele, sua susceptibilidade elevada à doença periodontal e sua falta de crescimento.

Boyd & Baumrind (1992) compararam o cuidado de adolescentes com o de adultos e o efeito de bandas com o de bráquetes colados em molares, sobre a

saúde periodontal de molares examinada antes e após o tratamento. Os adolescentes mostraram ser menos cuidadosos que os adultos apresentando piores índices periodontais.

Mckierman & Jones (1992), estudando o perfil psicológico e os motivos da procura por tratamento ortodôntico pelos pacientes adultos, verificaram que o fator motivador primário foi o desejo de melhorar a aparência dentária e geralmente o tratamento tinha sido adiado até a idade adulta porque nunca tinha sido recomendado previamente, 18,4% foram casos de retratamento. Quanto ao perfil psicológico obteve como resultado que 50% deles tinham um perfil neurótico ou instável, apresentando uma expectativa muito grande com relação ao tratamento ortodôntico, o que levaria a um resultado não condizente com tais expectativas. Sugeriram que fossem feitos esclarecimentos adequados, principalmente a este tipo de paciente.

Lew (1993) realizou uma pesquisa com 203 pacientes chineses em tratamento ortodôntico e encontrou que a principal motivação foi a procura de estética dento-facial. Noventa e um por cento dos pacientes sofreram algum desconforto durante o tratamento, 24% consideram este desconforto como o pior aspecto do tratamento e 45% consideraram a duração do tratamento como o aspecto mais desagradável.

Em 1995, Amaral pesquisou em seu trabalho a opinião de vários autores à respeito do tratamento ortodôntico em pacientes adultos e concluiu que:

- a) as alterações obtidas no perfil do adulto após o movimento dentário, são devidas às alterações na posição do osso alveolar e dos dentes, e não devido ao crescimento facial;

- b) no adulto, não se pode esperar mais o efeito de crescimento;
- c) as desarmonias esqueléticas graves, invariavelmente necessitam de correção cirúrgica, para complementar o tratamento ortodôntico;
- d) o tratamento periodontal, tanto antes como durante a terapia ortodôntica, é essencial para o sucesso do tratamento;
- e) os pacientes com traços neuróticos podem significar problemas para os clínicos com relação as expectativas tanto durante quanto da conclusão do tratamento;
- f) no tratamento ortodôntico em adulto, dois são os problemas principais que limitam o seu sucesso: discrepâncias esqueléticas graves e a sobremordida anterior profunda, pois a intrusão de incisivos é um processo difícil, necessitando de um tratamento cirúrgico concomitante;
- g) o tratamento de adulto não é necessariamente de longa duração, pois a média do tratamento de jovens e de adultos foi comparável em 2,5 anos e;
- h) o tratamento em adultos não deve ser prolongado e deve fazer uso de aparelhos mais simples, devendo estes serem o mais estético possível.

Nattrass & Sandy (1995) realizaram uma ampla revisão de literatura com o objetivo de analisar o aumento da demanda real de tratamentos ortodônticos em adultos associada a sua necessidade. Além disso, analisaram-se as razões da procura do tratamento bem como as considerações especiais relacionadas com o tratamento ortodôntico. Os autores concluíram que têm sido adotadas diferentes abordagens sobre o estudo da Ortodontia em adultos. Publicações iniciais consistiram mais da opinião clínica de relatos de casos, enquanto estudos

comparativos têm sido conduzidos posteriormente. Alguns dados gerais apareceram sempre consistentes. Os adultos tendem a ser excelentes pacientes ortodônticos, devido à grande motivação e cooperação. Devido às grandes expectativas, as limitações do tratamento ortodôntico devem ser esclarecidas. As forças devem ser suaves e a doença periodontal controlada antes de iniciar o tratamento. Uma abordagem multidisciplinar é comum, e, os ortodontistas deveriam estar cientes de que uma abordagem restauradora sozinha pode complementar o resultado.

Proffit (1995) levou em consideração que os pacientes adultos devem ser bem esclarecidos quanto às reais possibilidades e limitações do tratamento ortodôntico, uma vez que a auto-estima baixa poderia levá-los a ter expectativas não reais. Citou como exemplo que alguns esperavam que os dentes alinhados melhorassem suas oportunidades afetivas, sociais ou profissionais.

Varella & Garcia-Camba (1995) avaliaram a auto-estima, a auto-imagem e a percepção do problema ortodôntico de 40 pacientes adultos ortodônticos em três momentos: antes do início do tratamento, seis meses após o início do tratamento e após a remoção dos aparelhos fixos. Concluíram que a auto-estima dos pacientes não varia quando comparada com a auto-estima da população em geral, porém os pacientes tinham a auto-imagem corporal e principalmente facial reduzida. Não houve alteração da auto-estima durante o tratamento e observou-se uma melhora na auto-imagem, o que justifica o tratamento ortodôntico em adultos mesmo que por razões puramente estéticas. Este estudo permitiu concluir ainda que a auto-percepção da face e da maloclusão é maior entre os pacientes adultos que procuram o tratamento quando comparado com a população em geral, pois o paciente observa cuidadosamente seus dentes e suas características faciais enquanto esta no processo de decisão de realizar um tratamento ortodôntico.

Steenbergn et al. (1996) estudaram a satisfação pré-cirúrgica da aparência facial em pacientes que iriam submeter-se à cirurgia ortognática com o propósito de determinar a extensão com a qual uma medida objetiva da desarmonia facial (quando determinada por um grupo de ortodontistas), o auto-conceito do paciente, aflições psicológicas, sexo, idade e situação sócio-econômica tem relação com a satisfação do paciente quanto à sua aparência facial antes da cirurgia ortognática. Foram enviados questionários para pacientes selecionados com indicação de cirurgia ortognática da clínica ortodôntica do centro de saúde da universidade e de 10 consultórios particulares na região de Nova York - Connecticut. A amostragem final consistiu de 41 mulheres e 13 homens, com idade média de 24,6 anos. Para avaliar a severidade da desarmonia facial foram tomadas duas fotografias frontais, uma com a face na posição de repouso e uma sorrindo, e uma fotografia lateral de cada paciente. As fotografias foram avaliadas por um grupo de cinco ortodontistas, todos com experiência no tratamento de pacientes cirúrgico. Os autores concluíram que:

- a) o valor de severidade baseado nas avaliações dos ortodontistas a respeito dos componentes faciais não é um previsor preciso da satisfação dos pacientes com a aparência facial;
- b) o auto-conceito foi o previsor mais importante da satisfação do paciente com a aparência facial, a despeito da severidade da desarmonia facial;
- c) pacientes que apresentam aflições psicológicas podem se beneficiar de terapia antes do tratamento ortodôntico-cirúrgico começar. Isto provavelmente exercerá uma influência positiva sobre a satisfação pós-operatória dos pacientes.

Vanarsdall & Musich (1996) relataram que houve um aumento do interesse pelos ortodontistas no adulto como um paciente, bem como algumas razões para o aumento do interesse mostradas pelos adultos no tratamento ortodôntico pelas seguintes razões:

- a) melhora das técnicas de instalação dos aparelhos;
- b) controle mais sofisticado e bem sucedido dos sintomas associados com a disfunção na articulação têmporomandibular;
- c) controle mais efetivo de displasias esqueléticas dos maxilares, usando avançadas técnicas de cirurgia ortognática;
- d) aumento do interesse dos pacientes e dos cirurgiões-dentistas restauradores pelo tratamento dos problemas de mutilação dental utilizando movimentação dentária e próteses fixas em vez de próteses removíveis;
- e) redução da vulnerabilidade ao colapso periodontal como resultado da melhora da relação dentária e da função oclusal. Verificaram ainda que com o aumento do número de pacientes adultos a prática ortodôntica necessitou de mudanças na habilidade dos ortodontistas, pois mostrou necessidades multidisciplinares como;
- f) diagnosticar os diferentes estágios da doença periodontal e seus fatores de riscos associados;
- g) diagnosticar a disfunção da Articulação Têmporomandibular antes, durante e depois do movimento dentário;

- h) determinar quais casos necessitam de condutas cirúrgicas e quais deles requerem nova angulação de incisivos para mascarar uma discrepância de base esquelética;
- i) trabalhar em conjunto com uma equipe de outros especialistas para dar ao paciente o melhor resultado.

Duncan (1997) preferiu o uso de aparelhos removíveis e o uso de forças leves durante a fase de tratamento ativa em caso de pacientes adultos com seqüelas periodontais. Além disso preocupou-se em orientar o ortodontista sobre uma análise risco/benefício no que dizia respeito às condições geral e bucal da saúde do paciente adulto.

Johal & Lee (1998) descreveram uma técnica que combina a utilização de um aparelho fixo segmentado e um removível em dentições comprometidas periodontalmente, pois com o aumento do número de pacientes adultos que atualmente procuram por tratamento ortodôntico os problemas de uma dentição afetada por periodontite crônica são encontrados com mais facilidade. Concluíram que a combinação do sistema de um aparelho fixo segmentado com um removível nas dentições comprometidas periodontalmente permite que as forças sejam cuidadosamente controladas quanto à magnitude e direção com complexidade e tempo de consultório mínimos enquanto facilita a higiene bucal adequada.

Buttke & Proffit (1999) revisaram estudos anteriores abordando tratamento ortodôntico em adultos para determinar a prevalência deste tratamento, as razões por que muitos adultos não procuram por tratamento e os resultados destes tratamentos. As razões alegadas pelos adultos para não procurarem tratamento ortodôntico incluem a falta de conhecimento de que o tratamento pode ser realizado em adultos, possível dor e desconforto e a preocupação com a

aceitação social. Concluíram que um tratamento ortodôntico auxiliar ou complexo é praticável para adultos em todas as idades tornando possível melhorar o resultado de tratamentos periodontais e restauradores, além de, trazer benefícios psicossociais.

Feres (1999) relatou que devido ao aumento da procura por tratamento ortodôntico pela população adulta, temas como Cirurgia Ortognática, tratamento periodontal, oclusão funcional, montagem em articulador, implantes entre outros tiveram que ser incluídos na maioria dos cursos de formação de especialistas em ortodontia.

Harfin (1999) ressaltou a importância da correção da posição dos dentes para a manutenção da saúde periodontal e recomendou uma mecânica individualizada dependendo das necessidades e limites particulares de cada caso.

Martinho (1999) apresentou a opinião de diversos pesquisadores sobre o tratamento ortodôntico em paciente adultos, destacando a necessidade de um diagnóstico criterioso, incluindo todos os meios necessários e um exame clínico abrangente, de modo a relacionar todos os problemas existentes e planejar a terapia mais adequada a cada caso, levando em consideração que não se pode contar com o crescimento e, as reações teciduais são mais lentas. Mostrou a necessidade de um tratamento multidisciplinar, de modo a solucionar os diversos problemas comumente apresentados pelos pacientes adultos, incluindo a terapia endodôntica, periodontal, protética, cirúrgica e, quando necessário, o uso de implantes. Também demonstrou que é necessário alertar o paciente sobre a possibilidade de uma contenção permanente para manter os resultados alcançados, bem como de ocorrerem seqüelas, como a reabsorção radicular e perda de osso alveolar.

Fillion (1999) relatou que a ortodontia lingual é hoje amplamente requisitada por pacientes adultos por que:

- a) a não visibilidade do aparelho permite tratar os adultos que resistem ao uso dos aparelhos vestibulares;
- b) assim como na ortodontia tradicional, as forças utilizadas são mantidas em permanente controle de seus movimentos;
- c) a desoclusão posterior, consequência imediata do contato dos incisivos inferiores com os planos de mordida dos braquetes superiores. permite a correção rápida dos problemas transversais (atresias, mordidas cruzadas), a modificação da forma dos arcos e permite suprimir as contrações musculares excessivas existentes devido à certas maloclusões;
- d) esta técnica responde a todos os tipos de tratamento que venham a se unir com o tratamento ortodôntico, sejam eles periodontais, cirúrgicos, protéticos ou mesmo aqueles relacionados às disfunções das articulações têmporo-mandibulares.

Martins et al. (2000) afirmaram que a avaliação inicial das Disfunções Temporo-mandibulares (DTM) deve ser incluída no exame ortodôntico de rotina, observando-se a presença de dor, de ruídos articulares e de sensibilidade tanto muscular como da articulação temporomandibular (ATM), além da amplitude e da qualidade dos movimentos mandibulares. Esta avaliação inicial consta de um questionário e de um exame clínico, para detectar a presença de fatores, sinais e/ou sintomas indicativos das DTM. A presença e significância de qualquer sinal ou

sintoma detectado, bem como possível influência do tratamento ortodôntico sobre os mesmos, devem ser discutidas com o paciente.

Monnerat & Mucha (2000) afirmaram que a estabilidade do resultado do tratamento ortodôntico é considerada um dos grandes problemas enfrentados pelos ortodontistas e, por este motivo, a busca por respostas tem sido uma constante. Realizaram um estudo para avaliar a relação existente entre a presença de interferências oclusais e o apinhamento dentário ântero inferior, baseando-se na revisão da literatura e na observação de uma amostra de indivíduos adultos jovens. As conclusões são de que parece existir uma tendência de que as forças oclusais derivadas de interferências oclusais possam contribuir para o apinhamento ântero-inferior, havendo, entretanto, necessidade de confirmação através de estudos com amostras maiores. O estabelecimento de uma oclusão dentária funcionalmente ideal é responsabilidade do ortodontista ao final do tratamento para promover a saúde do sistema estomatognático e contribuir para a estabilidade dos resultados do tratamento ortodôntico

Capellozza Filho et al. (2001) relataram que a demanda de pacientes adultos nos consultórios de Ortodontia é cada vez maior devido à modernização dos aparelhos ortodônticos, a conscientização por parte da sociedade das vantagens estéticas e funcionais deste tratamento e um aumento da exigência estética entre os adultos que, atualmente, tem uma vida social, afetiva e profissional ativas até a senilidade. Os pacientes adultos, entretanto, mostraram características diversas dos adolescentes, pois não apresentam um crescimento ativo, preferem um tratamento rápido e que elimine suas queixas e são acometidos, com freqüência, de doenças periodontais. Mostraram o caso o de um paciente adulto com perda óssea acentuada em região de molares. A queixa do paciente e as condições periodontais

foram a base para o planejamento do tratamento que durou 14 meses. A análise pós-contenção mostrou estabilidade ortodôntica e periodontal verificada 18 meses após e uma neoformação em uma região de perda óssea acentuada devido à remoção do trauma oclusal. Os autores concluíram que, neste tipo de paciente, o tratamento não deveria influenciar outras áreas da oclusão, mas apenas resumir-se à área do problema.

Freitas et al. (2001) ressaltaram algumas vantagens obtidas com a verticalização de molares, inclinados por perda de dentes adjacentes no paciente adulto: maior facilidade para a higienização da região mesial de molares inferiores mesio-inclinados; correção do defeito ósseo proximal; melhor relação dentária coroa/raiz; eliminação de possíveis contatos prematuros; e eliminação do ambiente que propiciaria a formação de doença periodontal. Contra-indicaram a verticalização de molares apenas na presença de doença periodontal ativa e nos casos de reabsorções radiculares.

Janson et al. (2001) estudaram pacientes adultos com perda de um ou mais molares inferiores e apresentavam segundos e/ou terceiros molares mesio-inclinados. Os autores concluíram que a verticalização de molares é bem vinda por melhorar o acesso de áreas de difícil higienização.

Hiroshi (2001) comentou que um tratamento ortodôntico é considerado bem sucedido quando são alcançados: um eficiente mecanismo de mastigação, equilíbrio e harmonia das linhas faciais, saúde dos tecidos bucais e estabilidade após o tratamento. Atualmente, todos os tratamentos ortodônticos são precedidos por diagnóstico e plano de tratamento e os ortodontistas procuram utilizar uma mecânica precisa e atualizada. No entanto, ao final do tratamento, nem todos os casos são analisados com a mesma atenção dedicada no início, ou seja, se no início

há a preocupação com "o que fazer", no final não há a mesma preocupação com "o que foi feito" ou o que é pior, com "o que não se conseguiu fazer". Parece que o mais importante são os dentes alinhados e a satisfação do paciente e não tanto a expectativa do profissional em saber se as metas foram atingidas.

Em 2002, Consolaro em seu livro sobre reabsorções dentárias, escreveu que a movimentação dentária induzida em pacientes com seqüelas de doença periodontal deve ser especialmente planejada, não em função da biologia modificada dos tecidos periodontais, que continuam com propriedades semelhantes aos normais, mas sim em função da morfologia modificada requerendo uma mecânica especificamente dimensionada. Essa é a razão de, eventualmente, encontrar referências ao tratamento ortodôntico em adultos e com seqüelas de doença periodontal como uma verdadeira sub-especialidade clínica. O planejamento desses casos requer alguns princípios diferentes dos aplicados aos pacientes com dentes e periodonto normais.

Corrêa, em 2002, verificou um maior contingente de pacientes adultos que buscam não apenas o restabelecimento da oclusão, mas, principalmente, da estética, fator da máxima importância na sociedade moderna. Sua pesquisa foi o de examinar a vasta literatura a respeito de tratamento ortodôntico em adultos, e constatar a existência de muitos procedimentos para viabilizar esse tratamento, verificando o posicionamento dos diversos autores consultados frente a esse tipo de terapia. Concluiu, de acordo com a literatura que:

- a) o tratamento ortodôntico no adulto, em geral, é realizado concomitantemente com profissionais de outras especialidades nos casos com problemas periodontais ou graves discrepâncias

esqueléticas. O paciente adulto tem prioridades e problemas únicos em relação aos pacientes mais jovens;

- b) no tratamento de adulto, onde não há mais crescimento, a movimentação dentária é lenta, e o tempo de tratamento é aumentado assim como o espaço entre as ativações;
- c) os aparelhos ortodônticos são muitas vezes indicados em pacientes adultos para correções de sobremordida, mordida aberta, rotação e inclinação dentária e outras más oclusões que possam dificultar tratamento ideal e correto pela reabilitação bucal;
- d) a condição periodontal do adulto é freqüentemente o maior fator limitante da efetividade da terapia ortodôntica, se inflamação ou oclusão traumática se desenvolverem em uma área periodontalmente afetada. Durante o movimento dentário, a doença periodontal pode ser acelerada.

D'ornellas et al. (2002) relataram que a contenção em paciente adulto deveria ser fixa e por um longo período de maneira a diminuir os movimentos secundários dos dentes e beneficiando a recuperação óssea, principalmente nos casos com seqüelas de problemas periodontais.

Harfin (2002) mostrou um caso no qual realizou movimentação ortodôntica em paciente adulto com periodonto reduzido, ressaltando a necessidade de: um acompanhamento feito por um periodontista, a ausência de inflamação, um plano de tratamento e contenção específicos. Relatou ainda que intrusão, extrusão, desinclinação de molares, alinhamento e nivelamento, entre outros são movimentos possíveis nestes casos.

Iared et al. (2002), após ampla revisão sobre pacientes adultos com periodonto reduzido, concluíram que existem limitações aos tratamentos ortodônticos nestes tipos de pacientes como: presença de inflamação ou doença periodontal ativa; quantidade insuficiente de dentes. Além disso existem riscos a estes pacientes quando não ocorre, durante o tratamento, o controle efetivo do biofilme bacteriano. Comentaram ainda que o tratamento ortodôntico em adultos é benéfico quando reequilibra a oclusão e elimina fatores que predispõe o indivíduo à doença periodontal e que a oclusão ideal nem sempre é atingível.

Reis et al. (2002) estudaram a prevalência de oclusão normal e das maloclusões de Classe I, Classe II (divisões 1 e 2) e Classe III em uma amostra constituída com o objetivo de representar a população de brasileiros, adultos, leucodermas não tratados ortodonticamente e caracterizados pela normalidade do perfil facial. A amostra resultante era então caracterizada pela normalidade funcional e estética do perfil facial. Esse grupo apresentou 7,6% de oclusão normal, 48,9% maloclusão Classe I, 34,78% Classe II, divisão 1, 5,44% Classe II, divisão 2 e 3% Classe III. Finalmente, foram excluídos os 7 indivíduos portadores de oclusão normal, que não teriam indicação de tratamento ortodôntico. A prevalência de maloclusões foi determinada para os adultos com indicação de tratamento ortodôntico, portadores deformidade funcional e estética do perfil, representada pelo selamento labial passivo e pela aparência estética aceitável ou agradável, que, portanto, teriam bom prognóstico para a correção ortodôntica. O resultado obtido foi 52,94% Classe I, 37,64% Classe II divisão 1, 5,9% Classe II, divisão 2 e 3,52 % Classe III.

Tamburus et al. (2002) observaram um dos aspectos negativos no tratamento ortodôntico de pacientes adultos: a dificuldade de se controlar o biofilme

bacteriano na presença dos acessórios ortodôntico, após examinarem os mesmos. Concluíram que o tratamento ortodôntico em tais pacientes deve ser indicado quando há necessidade estética e funcional e os fatores psicológicos do paciente devem ser considerados e que um treinamento para higiene deve ser feito.

Zane (2002) avaliou aspectos psicológicos dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática onde foram estudados 10 pacientes adultos, de ambos os gêneros, atendidos no Hospital de Reabilitação de Anomalias Crânio Faciais da Universidade de São Paulo (Bauru-SP). A avaliação do estado psicológico do paciente foi realizada mediante uma entrevista estruturada, previamente elaborada, sendo aplicada em três momentos: pré-operatório (M1), no dia da alta hospitalar (M2) e pós-operatório tardio (M3 = 30-40 dias). Concluiu-se que, face à influência do estado psico-emocional do paciente sobre seu pós-operatório, pacientes submetidos à cirurgia ortognática devem ser diligentemente avaliados no pré-operatório quanto ao seu estado psicológico, para que no pós-operatório tais alterações não prejudiquem sua recuperação cirúrgica.

Faleiros (2003) fez algumas considerações sobre o tratamento ortodôntico em pacientes adultos:

- a) a terapia ortodôntica em pacientes adultos só deve ser instituída após um cuidadoso diagnóstico, incluindo a história do paciente, exame clínico, telerradiografias, radiografias panorâmicas e periapicais, modelo de estudo e fotografias intra e extrabuciais;
- b) no planejamento do tratamento ortodôntico do paciente adulto, dever ser lembrado que os tecidos de suporte apresentam reações mais lentas que não se pode contar com o crescimento e, as considerações estéticas do aparelho são importantes;

- c) levando em consideração que o adulto, geralmente, apresenta dentadura mutilada, problemas periodontais e restauradores associados com as más oclusões, o tratamento deve ser multidisciplinar, incluindo as terapias endodôntica, periodontal, restauradora, cirúrgica e, atualmente com o uso de implantes não só para suportes de próteses, como também para servir como ancoragem dos aparelhos ortodônticos;
- d) quando o paciente apresenta problemas periodontais ou endodônticos, a terapia necessária deve ser instituída antes de ser iniciado o tratamento ortodôntico;
- e) se a alternativa escolhida for para o tratamento ortodôntico cirúrgico, é de primordial importância executar uma fase ortodôntica pré-cirúrgica, para preparar a oclusão para os procedimentos planejados e, após a cirurgia a finalização das correções ortodônticas especialmente para o alinhamento, nivelamento e detalhamento oclusal;
- f) qualquer que seja a terapia planejada é importante, explicar para o paciente que pode haver necessidade de uma contenção permanente, que podem ocorrer seqüelas relacionadas à reabsorção radicular.

Câmara & Fonseca (2004) concluíram que para o sucesso do tratamento integrado de reabilitação oral em paciente adulto é preciso haver sincronia e comunicação entre as especialidades e propuseram a utilização de um protocolo de procedimentos odontológicos integrados o qual deverá seguir as seguintes etapas:

- a) estabelecer objetivos ideais e reais de tratamento;
- b) criar perspectiva do resultado final do tratamento;
- c) dividir etapas interdisciplinares;

- d) reabilitar provisoriamente;
- e) reposicionar dentes;
- f) verificar aspectos oclusais e estéticos;
- g) finalizar a reabilitação.

Harfin (2004) mostrou o caso de três pacientes com problemas de saúde geral e perda de periodonto de inserção os quais foram submetidos a um tratamento ortodôntico para solucionar problemas estéticos e funcionais. Os casos relatados nos mostram que é possível realizar o tratamento ortodôntico nestes pacientes, sempre que se realize um contínuo monitoramento periodontal antes, durante e depois do tratamento ortodôntico.

Maltagliati & Reis (2004) escreveram sobre as considerações psicológicas e de diagnóstico no tratamento de adultos e concluíram que não há uma idade limite para o tratamento em adultos, mas que a abordagem deve ser diferenciada não por motivos mecânicos, mas por motivos biológicos, sociais e principalmente psicológicos. E estes aspectos tão importantes para nortear o tratamento ortodôntico, são definidos e estabelecidos no momento do diagnóstico.

Pinthon & Bernardes (2004) compararam diferentes dispositivos de contenção ortodôntica, indicando-se o uso de contensores removíveis para a arcada superior após a remoção da aparelhagem fixa. Consideraram que, apesar da dificuldade em se tratar um paciente adulto - pois este apresenta vitalidade do ligamento periodontal reduzida - essa terapia seria perfeitamente viável e deveria ser seguido por um período de contenção, preferencialmente por um protocolo de aparelho removível tipo “wraparound” na arcada superior e barra 3x3 (fio liso) na arcada inferior.

Reis et al. (2004) escreveram sobre abordagens terapêuticas simplificadas no tratamento ortodôntico de pacientes adultos com problemas localizados e concluíram que as peculiaridades no tratamento de adultos são necessárias devidas principalmente às características psicossomáticas e periodontais específicas desses pacientes. Denominaram esse tratamento de reformador, seguindo a filosofia de reformar as áreas da oclusão em desequilíbrio estético ou funcional. O conceito de reforma se aplica aos pacientes Padrão I ou com problemas esqueléticos adequadamente compensados, ou seja, aceitáveis estética e funcionalmente. Os autores elaboraram regras para esse tipo de tratamento que são:

- a) anamnese específica- atenção à história clínica: definição clara das queixas e das expectativas com o tratamento;
- b) objetivos mais simples e corrigir apenas o que não funciona ou é ruim esteticamente;
- c) aparelhos mais simples (parciais) - montados na área de ancoragem e trabalho;
- d) a colagem é melhor que a bandagem;
- e) forças leves e aplicadas a intervalos maiores;
- f) forças controladas para movimentos mais extensos (braços de alavanca);
- g) atendimentos especiais com detecção de contatos prematuros e ajuste ou proteção além de análise da mobilidade dentária e qualidade e quantidade dos movimentos;
- h) controle da higiene e situação periodontal;

- i) contenção individualizada - considerar expectativa do paciente e previsão técnica de recidiva.

Rosseto (2004) escreveu sobre o tratamento ortodôntico em adultos com sendo um tratamento multidisciplinar onde apresenta características distintas do tratamento para adolescentes, pois além de não contarmos com o crescimento e desenvolvimento craniofacial, nos deparamos com mutilações, problemas periodontais e disfunção das articulações temporomandibulares com características multifatorial. O paciente adulto é mais exigente em relação à estética; sua motivação é peculiar exigindo que o tratamento preencha seus requisitos em tempo mínimo. Portanto, os objetivos do tratamento ortodôntico devem se limitar à queixa do paciente e estabelecer uma oclusão funcional e equilibrada para a manutenção da saúde periodontal, dentária e a proteção das articulações temporomandibulares. Deve-se realizar um tratamento buscando a reabilitação oral do paciente. O mesmo deverá ser informado que o seu tratamento depende de procedimentos clínicos interdisciplinares para que haja estabilidade e sucesso no tratamento.

Bezerra & Godoy-Bezerra (2005) verificaram que a condição periodontal do paciente adulto é importante para o planejamento ortodôntico. Concluíram que o risco de reabsorção radicular seria aumentado nos pacientes que possuíssem algum histórico de trauma, anatomia das raízes propícia, perda óssea e alteração da relação crista óssea-raíz (levando a uma sobrecarga na região apical).

Janson (2005) escreveu sobre alguns objetivos que devem ser almejados nos casos interdisciplinares de tratamentos ortodônticos em adultos como:

- a) obtenção do paralelismo nos dentes de apoio;
- b) distribuição mais favorável dos dentes na arcada;

- c) redistribuição das forças oclusais;
- d) correto posicionamento radicular e manutenção do espaço interproximal adequado;
- e) obtenção de um plano oclusal aceitável com potencial para guia incisal e dimensão vertical satisfatória;
- f) adequada relação dos planos oclusais;
- g) boa competência labial;
- h) melhor relação dentária entre coroa e raiz;
- i) correção dos defeitos ósseos muco-gengivais;
- j) facilidade no controle da doença periodontal;
- k) melhoria estética e funcional;
- l) buscar, quando possível, os objetivos tradicionais ortodônticos.

Em 2006, Cunha relatou que o adulto tem uma expectativa muito grande em relação ao tratamento, por isso é importante determinar com clareza sua queixa principal para evitar que ocorram frustrações com o resultado final do mesmo. São mais questionadores e a duração prolongada do tratamento constitui o aspecto mais desagradável do tratamento, sendo um dos principais fatores que desmotiva o início do tratamento. Alguns fatores no planejamento do tratamento ortodôntico do adulto são diferentes do tratamento no jovem, entre eles destacamos importantes pontos a serem considerados:

- a) crescimento;
- b) adultos jovens e tardios;
- c) objetivo do tratamento;

- d) contra-indicações do tratamento;
- e) movimentação dentária;
- f) diagnóstico e plano de tratamento;
- g) padrões de extrações;
- h) montagem do aparelho ortodôntico;
- i) ancoragem e implantes;
- j) mordidas cruzadas esqueléticas;
- k) comprometimento periodontal.

Franco et al. (2006) relataram que o tratamento odontológico em pacientes adultos tem alcançado grande repercussão nas publicações da última década. Isso reflete, por um lado, o trabalho de conscientização da classe odontológica em busca de soluções bem planejadas e estáveis, e por outro uma cultura mais difundida e valorizada pela população, que busca incessantemente qualidade de vida. Pacientes adultos apresentavam como conseqüências oclusais das perdas dentárias inclinações dos dentes remanescentes para o local da exodontia, migrações dentárias, extrusão do antagonista e apinhamentos. Desta forma, torna-se oportuna a movimentação ortodôntica no plano de tratamento do paciente, não por meio de mecânicas isoladas, mas por abordagens multidisciplinares que propiciarão um resultado estético, funcional e psicológico adequados. A intervenção ortodôntica mais comum na prática interdisciplinar é a Ortodontia pré-protética. Dentre os objetivos do tratamento ortodôntico prévio à reabilitação protética citam-se o reposicionamento dos dentes pilares, a abertura ou fechamento de espaços e a verticalização de dentes inclinados. Como vantagens temos o menor desgaste de dentes hígidos e, conseqüentemente, menor risco de

envolvimento endodôntico, evitando cirurgias periodontais restauradoras e tomando o tratamento mais conservador, objetivo e eficiente.

Maltagliati (2006) fez algumas considerações sobre a finalização ortodôntica em pacientes adultos e concluiu que freqüentemente a finalização dos casos não ocorrerá dentro dos parâmetros aceitos como normais ou ótimos. Isto porque o posicionamento dentário depende de vários aspectos como o padrão e tipo faciais, presença de próteses ou implantes na cavidade bucal ou espaços protéticos decorrentes de perdas dentárias anteriores. Além disso, há situações periodontais que desfavorecem grandes movimentações e tomam o tratamento localizado, conservador, mais vantajoso para o paciente. Portanto os itens que devem permanecer são os pontos de contato, intercuspidação, movimentos funcionais, pois são os que contribuem para a manutenção da integridade periodontal e garantem a função correta, sem seqüelas para a oclusão e a obtenção da estética do sorriso, pois é o motivo que a maioria dos pacientes adultos procura tratamento.

Segundo Kokich (2006), em muitos países, o exercício da Ortodontia envolve de 25% a 50% de adultos ou mais. Apesar de ótimos pacientes, podem apresentar desgaste dos dentes anteriores, restaurações em mau estado, discrepância de comprimento das coroas, falta de nivelamento gengival, perda óssea, retrações gengivais e muitos outros problemas que resultam em alterações do posicionamento dentário e dificultam a reabilitação estética. E são nesses casos que a Ortodontia pode apresentar seus maiores efeitos. É verdade, com ela é possível alinhar os dentes e, assim, melhorar o sorriso. No entanto, talvez com maior importância, também possibilita o nivelamento das margens gengivais, a diminuição da exposição gengival excessiva, a eliminação dos triângulos escuros pela falta de papilas, a criação do espaço adequado para a realização de restaurações, a

correção da falta de nivelamento das coroas dos dentes anteriores, o desenvolvimento do local de implantes na região anterior, a melhora de problemas de nivelamento ósseo também na região anterior em pacientes com comprometimento periodontal, a correção de desvios de linha média e a eliminação de discrepâncias do plano incisal. Quando essas alterações relativamente diretas são realizadas previamente à de restaurações ou próteses, os cirurgiões-dentistas apresentam a melhor oportunidade para desenvolver a estética ideal do sorriso, mesmo nas situações mais complexas e difíceis.

Sarver & Ackerman (2006) discutiram a visualização e avaliação dinâmica do sorriso e sua influência no diagnóstico e plano de tratamento ortodôntico dizendo que o profissional deve trabalhar com duas dinâmicas. A primeira envolve a análise dos tecidos moles tanto em repouso como em função no momento do exame clínico como a análise do posicionamento dos lábios durante o sorriso, a quantidade de exposição gengival, o comprometimento coronal e muitas características pertinentes ao sorriso. A segunda dinâmica envolve as alterações faciais que ocorrem durante a vida, tais como, características como a maturação e o envelhecimento dos ossos e dos tecidos moles.

Barion (2007) realizou um trabalho com 313 pacientes adultos em tratamento ortodôntico na cidade de Cuiabá, Mato Grosso, sobre suas características sociais, comportamentais e motivacionais em relação ao tratamento. Conclui-se que os pacientes adultos são, em sua maioria, mulheres, entre 18 e 25 anos de idade, possuem o segundo grau completo e optaram pelo tratamento particular. As características comportamentais estão associadas à realização de tratamento ortodôntico na fase adulta por motivo de independência financeira, fazendo uso de aparelho entre um e dois anos e encontrando-se bastante motivado

para o tratamento. Receberam instruções de higiene bucal para com o aparelho e apresentaram como principal razão para a realização do tratamento ortodôntico a estética, não havendo, no entanto, realizado tratamento ortodôntico prévio.

Vale-Condotti et al. (2008) abordaram as características do tratamento ortodôntico associado a uma atuação odontogerátrica, pois devido ao aumento de expectativa de vida, um maior número de pacientes idosos, com 60 anos ou mais, tem procurado tratamento odontológico para uma reabilitação estética e/ou funcional. Foram avaliados aspectos como enfermidades sistêmicas, uso de medicamentos, condições de saúde bucal, quantidade de osso alveolar, motivação do paciente e estabilidade oclusal após terapia ortodôntica e concluiu-se que o tratamento ortodôntico é uma intervenção viável na atuação odontogerátrica, desde que realizado com forças suaves, considerando as limitações de cada caso e respeitando as características inerentes a esta atuação.

Janson escreveu, em 2008, um livro voltado ao tratamento em adultos, que exige um conhecimento diferenciado em relação aos objetivos, possibilidades, limitações e inter-relação entre as especialidades. O foco principal desta obra é a Ortodontia, pois pode modificar favoravelmente, o aspecto geral do tratamento beneficiando as inter-relações com colegas de outras áreas e a comunicação com o paciente.

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho é caracterizar o perfil dos pacientes adultos em tratamento ortodôntico de acordo com a idade, gênero, estado civil, educação, condições de saúde geral e bucal, fatores motivacionais e comportamentais por meio de questionários.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Amostragem e aspectos éticos

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CPO - São Leopoldo Mandic com número de protocolo nº 06/248, de acordo com a resolução 196/1.996 do CNS - Ministério da Saúde, em reunião realizada no dia 20/07/2006. Em anexo encontra-se a folha de aprovação (Anexo A).

Foram utilizados 335 questionários com perguntas objetivas de múltipla escolha (Anexo B) distribuídos em consultórios de ortodontia nas cidades de Campinas, Hortolândia, Valinhos e São Paulo, localizadas no estado de São Paulo, onde eram atendidos pacientes adultos de ambos os gêneros, portadores de aparelho ortodôntico fixo no momento da entrevista, sendo estes pacientes particulares ou de convênio odontológico. Os questionários foram entregues na sala de espera e por meio destes foram verificadas as seguintes variáveis: a) o voluntário considera apresentar boa saúde geral? b) o voluntário tem ou já teve alguma das doenças investigadas? c) frequência diária de higienização bucal; d) realização de limpeza interproximal e grau de utilização de instrumentos auxiliares; e) problemas bucais encontrados; f) motivo pela procura do tratamento ortodôntico; g) razão pela espera para procurar este tipo de atendimento odontológico; h) fatores de incômodo no tratamento a que está sendo submetido; i) consideração da possibilidade de abandono do tratamento; j) recordação da condição bucal prévia ao início do tratamento; k) satisfação quanto às informações relativas aos procedimentos do tratamento.

4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos nesta amostra indivíduos acima de 18 anos, de ambos os gêneros com aparelho ortodôntico fixo.

Foram excluídos desta amostra pacientes com menos de 18 anos, que possuíam aparelho ortodôntico removível ou não possuíam aparelho ortodôntico no momento da entrevista, que não se sentiam capazes de responder ao questionário, ou que, por livre arbítrio, preferiram não respondê-lo.

4.3 Análise estatística

Após digitação e tabulação dos dados em planilha eletrônica Excel, estes foram submetidos à análise exploratória, sendo analisados por meio de tabelas e gráficos de distribuição de frequências.

5 RESULTADOS

Foram tabulados dados referentes a 335 questionários, preenchidos por voluntários com idade média de 28,4 anos ($\pm 8,2$) variando de 18 a 58 anos. A tabela 1 apresenta a distribuição da amostra do estudo em função do gênero e faixa etária.

Tabela 1 - Voluntários por gênero e faixa etária.

Gênero	Faixa Etária									
	<20 anos		20 a 29 anos		30 a 39 anos		Acima de 40		Total geral	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	27	11,6	115	49,6	64	27,6	26	11,2	232	69,2
Masculino	6	5,8	59	57,3	26	25,2	12	11,7	103	30,8
Total geral	33	9,9	174	51,9	90	26,9	38	11,3	335	100,0

Pode-se observar que a amostra apresenta maioria participativa de voluntários na faixa etária entre 20 a 29 anos (51,9%), bem como a maioria de mulheres adultas (69,2%) que procuraram tratamento ortodôntico do total de voluntários questionados nesse trabalho.

A tabela 2 relaciona o Estado Civil dos voluntários em relação ao gênero, podendo se observar que a maioria encontra-se solteiro (57,3%).

Tabela 2 - Questionários respondidos por Estado Civil e gênero.

Gênero	Estado Civil									
	Solteiro		Casado		Separado		Viúvo		Total geral*	
	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Feminino	125	53,9	85	36,6	17	7,3	3	1,3	230	99,1
Masculino	67	65,0	36	35,0	0	0,0	0	0,0	103	100,0
Total geral	192	57,3	121	36,1	17	5,1	3	0,9	333	99,4

* Duas voluntárias não responderam a esta pergunta

O gráfico 1 qualifica a amostra em função do nível de escolaridade, podendo-se observar que a maioria apresenta ensino médio (49,6%) seguido de 30,1% da amostra com nível de escolaridade superior.

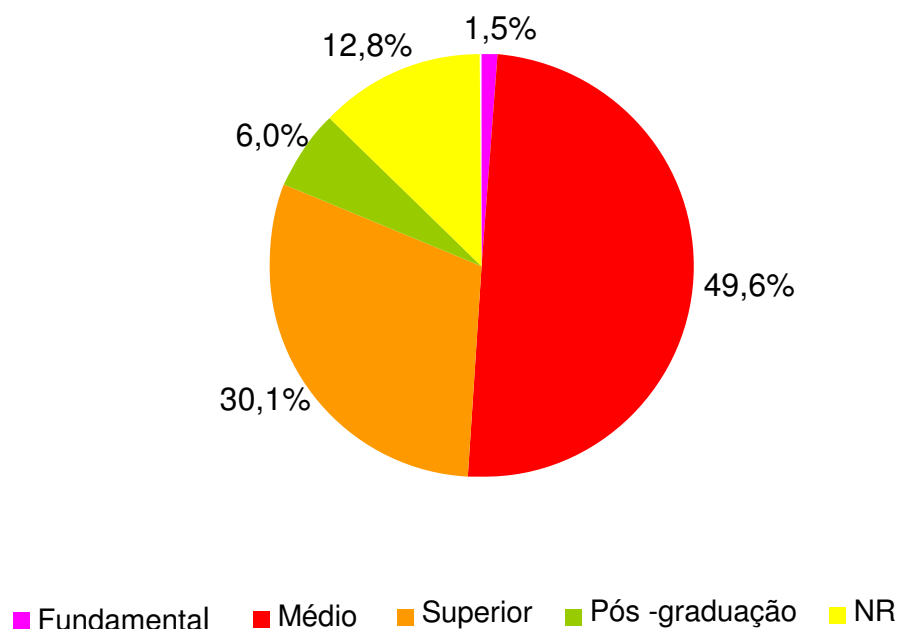


Gráfico 1 - Distribuição da amostra em função do nível de escolaridade.

Tabela 3 - Respostas à pergunta “Você considera boa sua saúde geral?”, em função do gênero do voluntário.

Você considera boa sua saúde geral?								
	Não		Sim		NR*		Total geral	
Gênero	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	5	2,2	226	97,4	1	0,4	232	100,0
Masculino	4	3,9	99	96,1	0	0,0	103	100,0
Total geral	9	2,7	325	97,0	1	0,3	335	100,0

*NR: Não respondeu

A tabela 3 mostra que 97,0% dos voluntários consideram sua saúde geral boa, embora os voluntários não tenham apresentado nenhum exame médico no momento da entrevista.

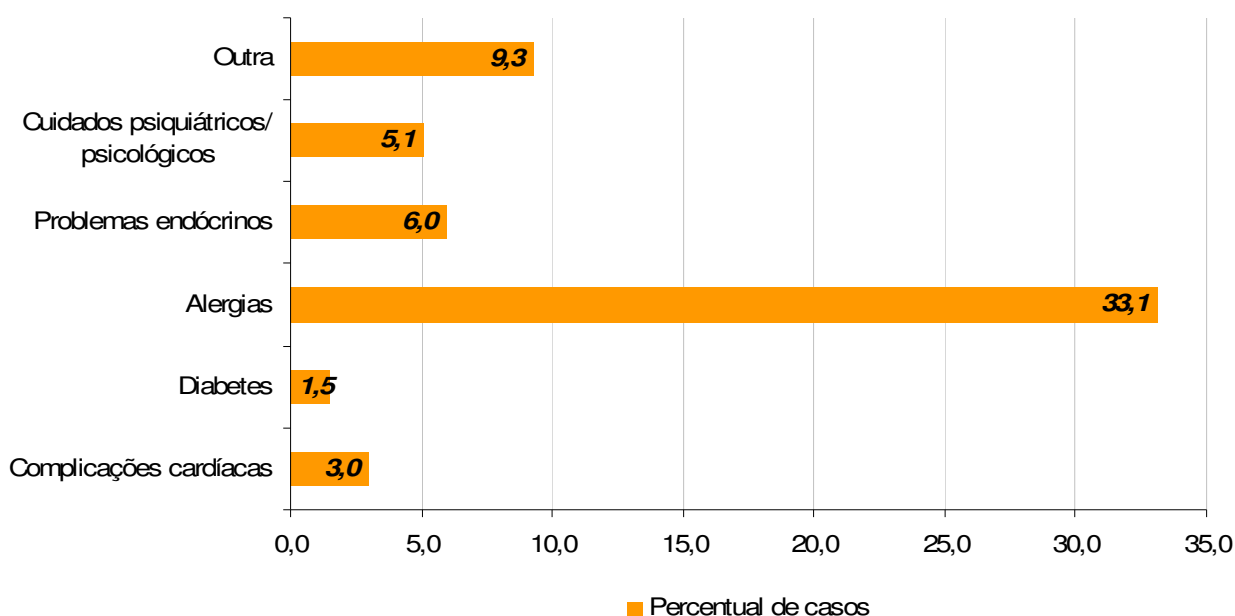


Gráfico 2 - Percentual de problemas sistêmicos nas respostas dos voluntários (162 - 48,4% dos voluntários não responderam esta pergunta).

Tabela 4 - Respostas à pergunta “Quantas vezes ao dia você escova os dentes?”, em função do gênero do voluntário.

Quantas vezes ao dia você escova os dentes?								
Gênero	01 vez		02 vezes		03 ou mais vezes		Total geral	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Feminino	4	1,7	21	9,1	207	89,2	232	100,0
Masculino	0	0,0	16	15,5	87	84,5	103	100,0
Total geral	4	1,2	37	11,0	294	87,8	335	100,0

A tabela 4 mostra que 87,8% dos voluntários escovam os dentes 3 ou mais vezes por dia.

Tabela 5 - Respostas à pergunta “Você faz uso de algum bochecho?”, em função do gênero do voluntário.

Você faz uso de algum bochecho?								
Gênero	Não		Sim		NR		Total geral	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Feminino	75	32,3	154	66,4	3	1,3	232	100,0
Masculino	40	38,8	63	61,2	0	0,0	103	100,0
Total geral	115	34,3	217	64,8	3	0,9	335	100,0

A tabela 5 mostra que 64,8% dos voluntários utilizam algum tipo de bochecho para complementar a higiene bucal.

Tabela 6 - Respostas à pergunta “Você utiliza fio ou fita dental?”, em função do gênero do voluntário.

Gênero	Você utiliza fio ou fita dental?				Total geral	
	Não		Sim			
	N	%	n	%	n	%
Feminino	17	7,3	215	92,7	232	100,0
Masculino	16	15,5	87	84,5	103	100,0
Total geral	33	9,9	302	90,1	335	100,0

A tabela 6 mostra que 90,1% dos entrevistados utilizam fio ou fita dental como complemento da higiene bucal.

Tabela 7 - Respostas à pergunta “Você utiliza escova interdental ou bitufo?”, em função do gênero do voluntário.

Gênero	Você utiliza escova interdental ou bitufo?						Total geral	
	Não		Sim		NR			
	n	%	N	%	n	%	n	%
Feminino	80	34,5	143	61,6	9	3,9	232	100,0
Masculino	46	44,7	51	49,5	6	5,8	103	100,0
Total geral	126	37,6	194	57,9	15	4,5	335	100,0

A tabela 7 mostra que 57,9% dos entrevistados utilizam escova interdental ou bitufo como complemento da higiene bucal.

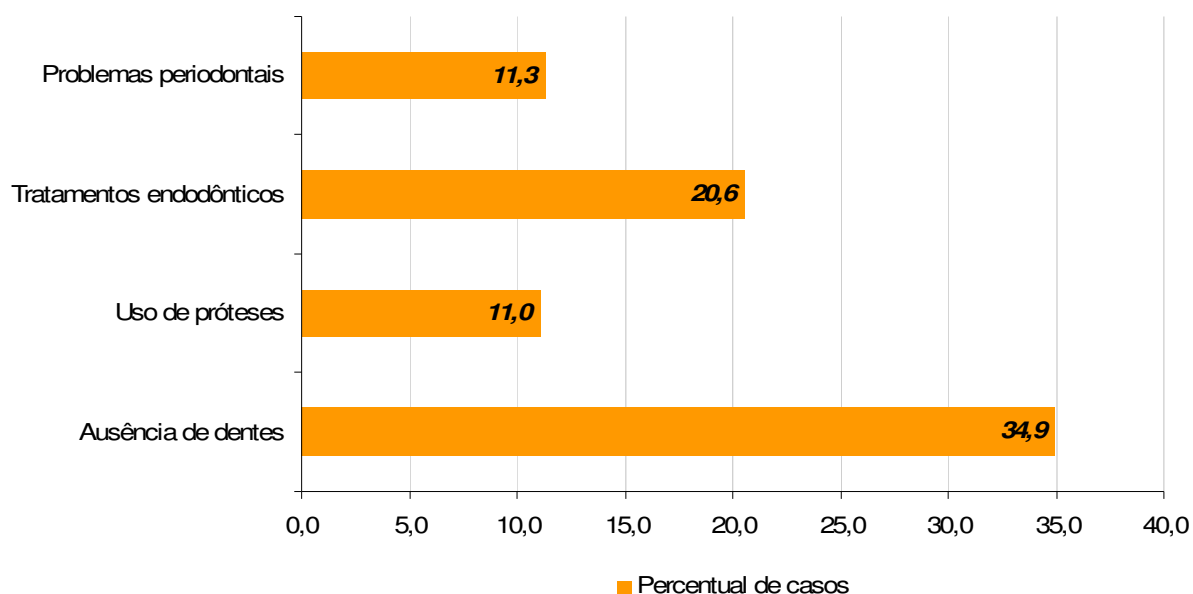


Gráfico 3 - Percentual de voluntários com problemas bucais (138 - 41,2% dos voluntários não responderam esta pergunta).

No gráfico 3 os problemas bucais foram relacionados para avaliação das necessidades interdisciplinares juntamente ao tratamento ortodôntico em adultos.

Nesta questão prevaleceu a ausência de dentes (34,9%) confirmando tal necessidade.

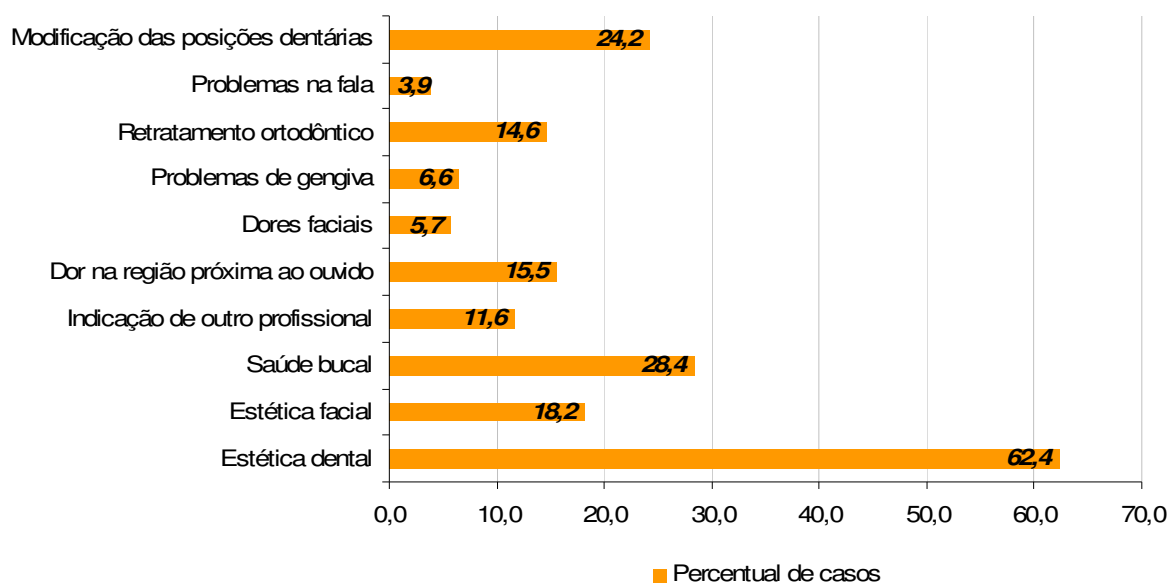


Gráfico 4 - Percentual de razões pela procura por tratamento ortodôntico nas respostas dos voluntários (03 – 0,9% dos voluntários não responderam esta pergunta).

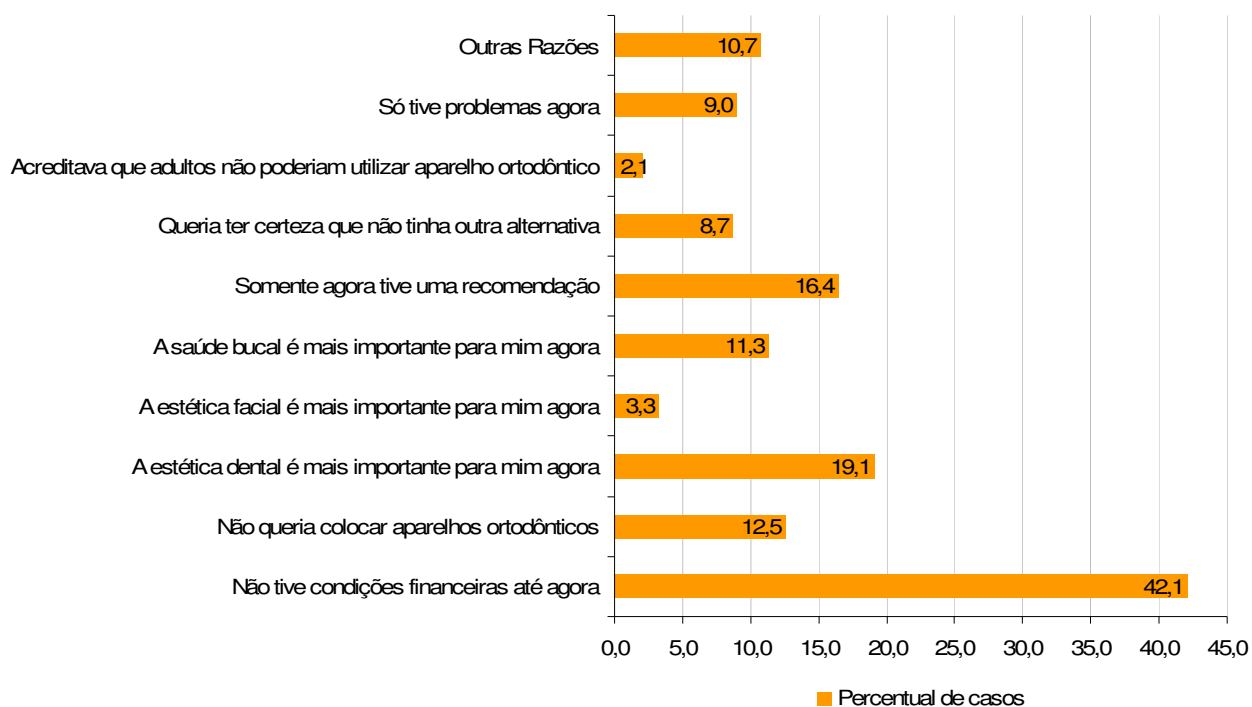


Gráfico 5 - Percentual de razões da espera pela procura por tratamento ortodôntico nas respostas dos voluntários (13 – 3,9% dos voluntários não responderam esta pergunta).

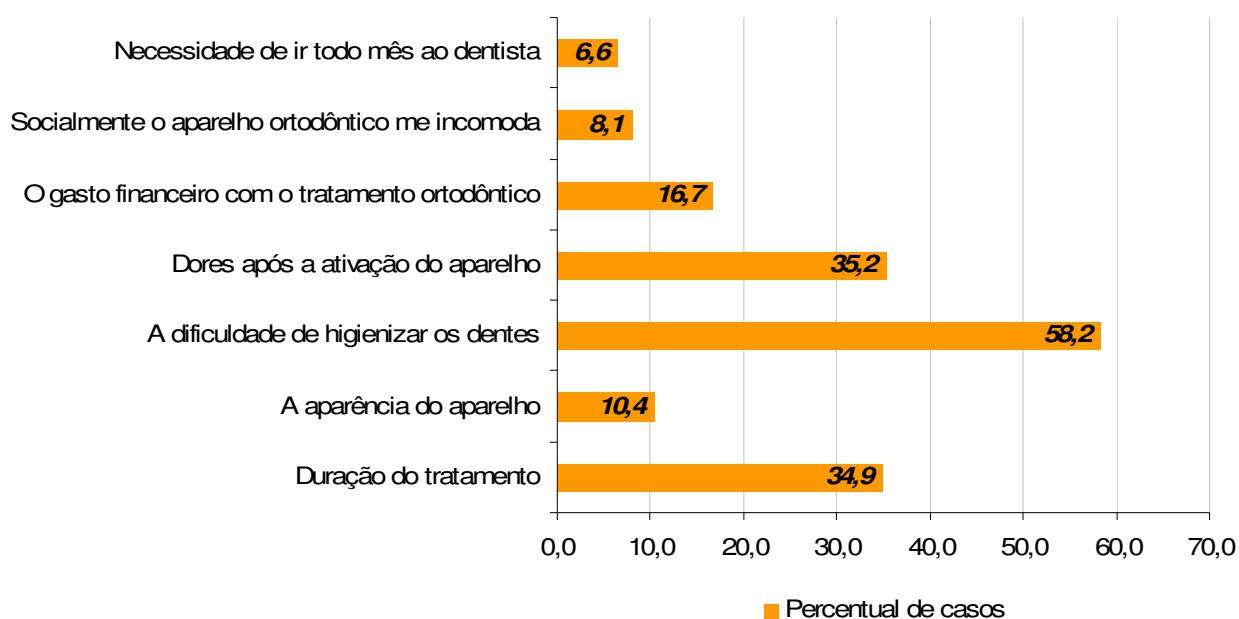


Gráfico 6 - Percentual de maiores incômodos do tratamento ortodôntico nas respostas dos voluntários (13 –3,9% dos voluntários não responderam esta pergunta).

Tabela 8 - Respostas à pergunta “Você pensou em desistir do tratamento durante o mesmo?”, em função do gênero do voluntário.

Você pensou em desistir do tratamento durante o mesmo?								
Gênero	Não		Sim		NR*		Total geral	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Feminino	34	14,7	193	83,2	5	2,2	232	100,0
Masculino	12	11,7	90	87,4	1	1,0	103	100,0
Total geral	46	13,7	283	84,5	6	1,8	335	100,0

*NR: Não respondeu

Na tabela 8 encontramos que 84,5% dos voluntários pensaram em desistir do tratamento, embora nesta tabela não tenhamos o motivo, talvez esse possa ser relacionado a resposta do gráfico 6, onde encontrou-se como maior incômodo do tratamento a dificuldade de higienizar os dentes (58,2%) seguido da duração do tratamento (34,9%).

Tabela 9 - Respostas à pergunta “Você se lembra como eram seus dentes antes do início do tratamento?”, em função do gênero do voluntário.

Você se lembra como eram seus dentes antes do início do tratamento?								
Gênero	Não		Sim		NR*		Total geral	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Feminino	8	3,4	216	93,1	8	3,4	232	100,0
Masculino	5	4,9	98	95,1	0	0,0	103	100,0
Total geral	13	3,9	314	93,7	8	2,4	335	100,0

*NR: Não respondeu

Na tabela 9 pode-se avaliar o grau de apreciação quanto ao resultado do tratamento relacionando que 93,7% dos voluntários entrevistados lembram-se de como eram seus dentes antes do tratamento ortodôntico.

Tabela 10 - Respostas à pergunta “Você sentiu que os procedimentos do tratamento foram bem explicados?”, em função do gênero do voluntário.

Você sentiu que os procedimentos do tratamento foram bem explicados?								
Gênero	Não		Sim		NR*		Total geral	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Feminino	3	1,3	223	96,1	6	2,6	232	100,0
Masculino	1	1,0	100	97,1	2	1,9	103	100,0
Total geral	4	1,2	323	96,4	8	2,4	335	100,0

*NR: Não respondeu

A tabela 10 ajuda avaliar a preocupação do ortodontista em explicar o tratamento ortodôntico ao paciente. Nesta questão, 96,4% dos pacientes sentiram que os procedimentos do tratamento foram bem explicados.

6 DISCUSSÃO

Durante anos a grande maioria dos pacientes ortodônticos esteve representada por pacientes infantis ou adolescentes. Isto levou os ortodontistas a direcionarem seu tratamento para o perfil físico e psicológico destes pacientes. Contudo a partir da década de 70 o número de pacientes adultos que procuram por tratamento ortodôntico tem aumentado nos consultórios ortodônticos (Buttke, Proffit, 1999; Feres, 1999; Franco, 2006) sendo cerca de 25% do total de pacientes ortodônticos em 1995 em Ohio - EUA (Nattrass, Sandy, 1995), Kokick (2006) relatou que em muitos países o exercício da ortodontia envolve 25% a 50% de adultos ou mais. Hoje os profissionais buscam se adaptarem às características deste novo paciente e diversos são os trabalhos que mostram diferenças importantes entre o perfil do infantil/adolescente e do adulto (Nance, 1947; Rateitshack, 1968; Bond, 1972; Brown, Moerenhout, 1991; Proffit 1995; Feres, 1999; Iared et al., 2002; Harfin, 2004; Janson, 2005; Cunha, 2006; Janson, 2008; Vale-Condotti, 2008).

Um dos aspectos interessantes do perfil destes pacientes seria a grande diferença entre os gêneros de pacientes adultos que realizam tratamento ortodôntico. Todos os autores que pesquisaram este tema verificaram predomínio do gênero feminino em cerca de 70%, contra 30 % dos homens. Breece & Nieberg (1986) obtiveram 76% de mulheres, Khan & Horrocks (1991) 71,6% do gênero feminino e Barion (2007) 67,4% de mulheres na cidade de Cuiabá. Este trabalho não foi diferente e mostrou que 69,2% da amostra foi de mulheres. Ao levar em consideração as diferentes faixas etárias, este trabalho verificou que esta diferença é homogênea mesmo nos diversos grupos etários, sempre com predomínio das mulheres. A explicação para isto poderia estar no fato destas pacientes estarem

mais cientes de suas maloclusões que os pacientes do gênero masculino e como também foi citado pelos autores Tayer & Burek (1981) e Han & Horrocks (1991)e, além disso, é culturalmente aceito que as mulheres, pela sua própria natureza, tenham maior cuidado com a saúde e com a estética.

Em relação à distribuição por faixa etária, obteve-se neste trabalho a grande maioria dos pacientes ortodônticos adultos entre 20 e 29 anos e a grande minoria com mais de 40 anos. Estes dados são condizentes com os de Breece & Nieberg (1986) que afirmaram que 2/3 dos indivíduos adultos em busca de tratamento ortodôntico tinham entre 18 e 27 anos e com os dados obtidos por Barion (2007) em que os pacientes em busca do tratamento ortodôntico tinham na maioria (51,8%) entre 18 e 25 anos.

Além disso, a maioria dos pacientes deste trabalho é solteiro (57,3%), com menor quantidade de casados (36%). Já Breece & Nieberg (1986) obtiveram um número diferente, relataram que cerca de 50% de seus entrevistados seriam casados. Sendo assim pode-se imaginar que os solteiros teriam maior preocupação em cuidar de sua saúde ou estética.

A condição periodontal tem sido o tema mais abordado pelos autores que discutem o tema da ortodontia em adultos, pois o perfil fisiológico deste tipo de paciente é bastante condizente com a presença da doença ativa ou ainda com seqüelas da mesma. Musich (1986) encontrou 32,5% de 1370 pacientes adultos com algum grau de doença periodontal e Tamburus et al. (2002) acharam difícil se controlar o biofilme bacteriano na presença dos acessórios ortodônticos. A associação destas características (a doença ativa ou seqüelas dela) com o tratamento ortodôntico produziriam efeitos diferentes de tratamentos em pacientes com plena saúde periodontal, o que leva a necessidade de terem-se cuidados

especiais nestes tratamentos (Johal, 1998; D'ornellas et al., 2002; Harfin, 2002, 2004;). O fato de manter o paciente com uma boa higiene e sem inflamação tem sido citado por muitos como uma das formas de se colaborar para o sucesso do tratamento ortodôntico (Rateitshack, 1968; Alexander et al., 1986; Vanarsdall, Musich, 1996; Iared et al., 2002; Harfin, 2004). Assim uma íntima relação entre a ortodontia e a periodontia seria requerida Rateitshack (1968), Alexander et al. (1986), Harfin (1999), Capellozza Filho (2001) e Consolaro (2002) são bem criteriosos ao afirmarem que os pacientes deveriam ir ao periodontista a cada seis meses quando com o aparelho. Este trabalho mostrou que a maioria dos entrevistados faz uma higiene bucal completa, apesar de 1,2% da amostra relatar escovar os dentes apenas uma vez ao dia e 11% duas vezes, 87,8% escovam três ou mais vezes. Além disso cerca de 65% fazem uso de algum tipo de bochecho, cerca de 90% usam fio dental e 58% usam escova bitufo ou interdental. Provavelmente estes pacientes adultos, tratados ortodonticamente tiveram informação profissional o que os fez ter ciência de que a higiene seria importante para a manutenção da saúde periodontal, da saúde bucal e de um tratamento ortodôntico com sucesso e com estabilidade embora 58% dos pacientes entrevistados relatem dificuldade para higienizar os dentes com o aparelho ortodôntico.

Por outro lado diversos autores relatam melhoras em seqüelas periodontais após o tratamento ortodôntico e o sugerem para pacientes com apinhamentos (Harfin, 1999) pelo fato do alinhamento dos dentes facilitarem a higiene, dificultar o acúmulo de alimento e prevenir o aparecimento ou paralisar a progressão da doença periodontal. Capellozza Filho et al. (2001) acharam interessante que se faça o tratamento ortodôntico em pacientes com trauma oclusal,

mesmo nos qual tal trauma já tenha provocado perda óssea, pois a remoção do trauma levaria a neoformação de osso na região lesada. Já em relação à correção de molares inclinados, Proffit (1991), Freitas et al. (2001) e Janson et al. (2001) relataram que a verticalização destes elementos otimizaria a higiene e a arquitetura óssea mesialmente ao molar inclinado o que preveniria perdas ósseas futuras. Contudo Harfin (1999) recomendou análise criteriosa, caso a caso e Duncan (1997) e Côrrea (2002) recomendaram forças leves em pacientes com seqüelas periodontais e uma criteriosa análise de risco-benefício quando se analisa a condição geral e bucal da saúde do indivíduo. Neste trabalho pôde-se verificar que cerca de 11% dos pacientes entrevistados relatam ter algum tipo de problema periodontal e que cerca de 35% perderam pelo menos um dente, contudo tem-se que levar em consideração que a perda de dentes é facilmente lembrada pelos pacientes, porém a presença de doença periodontal pode não ser percebida pelos mesmos, o que poderia estar mascarando os resultados encontrados. Além disso, esta pergunta não foi respondida por cerca de 41% dos entrevistados, o que distorce ainda mais os resultados, sugere que grande parte deles provavelmente não sabia respondê-la. Assim, levando-se em conta os dados da literatura e com alguma colaboração deste trabalho, pode-se dizer que a ausência de dentes bem como a presença de problemas periodontais seriam, não apenas uma característica dos pacientes adultos sob cuidados ortodônticos, mas também, muitas vezes, uma indicação para este tipo de tratamento, que segundo Reis et al. (2004) e Rosseto (2004), pode-se ter uma abordagem terapêutica simplificada, denominada de Tratamento Reformador que tem como filosofia reformar as áreas de oclusão em desequilíbrio estético ou funcional.

Outra característica importante seria o tempo do tratamento ortodôntico destinado à pacientes adultos. Neste aspecto muitos afirmam que as dificuldades mecânicas o aumentariam (Bond, 1972), porém Alexander et al. (1986) disseram que o aspecto de bom colaborador, característico do perfil adulto, compensaria esta dificuldade mecânica e que, portanto o tempo seria o mesmo para adultos e infantes ou adolescentes. Harris & Baker (1990) e Amaral (1995) acharam que o tempo seria equiparado ao tratamento em pacientes adolescentes quando não houvessem problemas periodontais. Neste trabalho pode-se observar que o tempo de tratamento foi um dos problemas citados como desestimulante ao tratamento para os adultos, 35% dos pacientes entrevistados reclamaram da duração do tratamento.

A importância da saúde sistêmica para a ortodontia seria fundamentada em inúmeros fatos, entre eles no de que as alterações metabólicas e endócrinas, como o Diabetes Melito, poderiam influenciar na biologia da movimentação dentária ou na severidade da doença periodontal e os problemas psicológicos e psiquiátricos poderiam levar o indivíduo a alterarem a motivação para com tratamento ou com a higiene ou ainda a terem falsas expectativas em relação ao tratamento ortodôntico (Tayer, Burek, 1981; Mckierman, Jones, 1992; Natrass, 1995; Varela, Gamba, 1995; Zane, 2002; Maltagliatti, 2004). Assim, alguma atenção foi direcionada, neste trabalho, à saúde sistêmica dos indivíduos. Os pacientes deste estudo relataram, em 97% dos casos, terem boa saúde sistêmica e revelaram pouca presença de doenças sistêmicas, sendo a maioria alergias (33,1 %) e pequena porcentagem de problemas cardíacos, endócrinos e psiquiátricos. Provavelmente o perfil do paciente ortodôntico adulto seria o de indivíduos que teriam algum cuidado com sua saúde, o que justificaria a procura pelo tratamento dentário e também a baixa prevalência de doenças sistêmicas.

O grau de escolaridade dos pacientes pesquisados revelou que cerca de 50% possuem apenas ensino médio concordando com os dados encontrados por Barion (2007) onde 45,6% dos voluntários apresentavam apenas o ensino médio. Contrastando com estes, o trabalho de Breece & Nieberg (1986) achou que 80% tinham pelo menos 16 anos de escolaridade, o que significa pelo menos formação de nível superior, contudo deve-se levar em consideração que Breece & Nieberg (1986) realizaram sua pesquisa em um país desenvolvido, no qual a média de educação da população é superior à média brasileira. Isto significa que para este item qualificador do perfil do paciente ortodôntico adulto, as considerações devem ser tomadas apenas regionalmente e que os dados coletados no estado de São Paulo não poderiam ser extrapolados para as populações de regiões do país com grau diferente de desenvolvimento ou mesmo para outros países.

A maioria dos pacientes pesquisados relatou que a estética (62,4%) foi o principal fator motivacional para que o mesmo procurasse pelo tratamento ortodôntico (Maltagliatti, 2006), seguido pelo desejo de melhorar a saúde bucal (28,4%) e em seguida de mudar a posição dos dentes (24,2%). Menor número de pacientes relatou dores na região temporomandibular (Martins et al., 2002), estética facial e necessidade de retratamento ortodôntico. A maioria dos pacientes de Breece & Nieberg (1986) e de Varella & Garcia-Camba (1995) não foram diferentes ao relatarem em primeiro lugar a aparência, em segundo a saúde dental e periodontal, e em terceiro a oclusão/função como fatores motivadores. Khan & Horrocks (1991) também concordaram que a estética seria o maior fator motivacional de seus 676 pacientes. Na seqüência estariam a busca de alívio das manifestações das disfunções articulares e da melhora da saúde fisiológica e dentária. Assim pode-se dizer que a estética seria a maior fonte da motivação dos pacientes adultos ao

buscarem o tratamento ortodôntico (Fillion, 1999; Barion, 2007), apesar dos demais fatores comentados terem alguma participação. Contudo, apesar de estarem motivados a iniciarem o tratamento, a maioria (85%) pensou em desistir, fato que denota a dificuldade de adaptação ao uso do aparelho. Contudo este trabalho não demonstra a que fator isto estaria relacionado, mas quando questionados sobre os maiores incômodos do tratamento ortodôntico 58% relatou a dificuldade de higienizar dos dentes, enquanto 35% relatou dores após a ativação e 35% a duração do tratamento. Tayer & Burek (1981) comentaram que seus pacientes adultos são unânimes em reclamarem de desconforto, principalmente nas quatro primeiras semanas, que 60% se sentiram mal pela aparência anti-estética, inclusive, para alguns, afetando negativamente suas vidas sociais. Lew (1993) percebeu um outro fator relatado como desestimulante: o tempo do tratamento, mas também concordam que o desconforto é o maior problema para os pacientes.

Em relação ao fato de não terem procurado tratamento anteriormente, cerca de 42% dos pacientes relatam que só tiveram condições financeiras no presente momento, seguido por um fator estético o qual curiosamente que estaria sendo importante para o paciente apenas agora. Em terceiro lugar relataram que a recomendação por outra pessoa ocorreu apenas agora. Outros fatores foram menos comentados, porém são também importantes como: não queriam colocar aparelho ortodôntico, ou: a saúde bucal tornou-se importante só agora. Assim nota-se que houve nestes pacientes um aumento na consciência de estética e de saúde bucal na fase adulta e a óbvia disponibilidade maior de recursos financeiros nesta fase concordando com o trabalho de Barion onde 48,2% resolveram tratar ortodonticamente só na fase adulta devido à independência financeira.

Outros aspectos menos importantes, porém também relacionados à motivação e aceitação dos pacientes adultos em relação ao tratamento ortodôntico foram relatados de maneira positiva por eles. O fato de a maioria lembrar de como eram os seus dentes antes do tratamento (Espeland, Stenivik, 1991) sugere que houve percepção da diferença na posição dos mesmos e o fato de que eles, em sua maioria, acharem-se devidamente esclarecidos pelo profissional, em relação ao tratamento diminui a probabilidade de que hajam falsas expectativas (Mckierman, Jones, 1992; Proffit, 1995) o que atrapalharia a aceitação do tratamento e do resultado final por parte do paciente. Segundo Mckierman & Jones (1992), um perfil neurótico ou instável, com falsa expectativa com relação ao tratamento ortodôntico, levaria a um resultado não condizente com tais expectativas.

Desta maneira sugere-se ao ortodontista que respeite o perfil psicológico e fisiológico do paciente adulto, adaptando-se a ele, de maneira a alcançar o sucesso do tratamento (Hiroshi, 2001). Tal adaptação englobaria adequar-se a um tratamento direcionado às mulheres, que na sua maioria são adultas jovens, privilegiar o resultado estético (Sarver, 2006), respeitar o periodonto e a higienização, mantendo uma interação estreita com outras especialidades (Proffit, 1991; Martinho, 1999; Côrrea, 2002; Faleiros, 2003; Câmara, 2004), principalmente a periodontia e esclarecimentos quanto à higienização, realizar-se uma explicação detalhada e clara de todos os aspectos do tratamento, minimizar ao máximo o tempo de tratamento, evitar aparelhos que atrapalhem a estética ou causem desconforto como os extrabucais e tratar de maneira especial aqueles pacientes com comprometimento sistêmico e com problemas psicológicos.

7 CONCLUSÃO

Com bases nos resultados deste estudo e na revisão de literatura sobre o tema, pode-se concluir que o perfil do paciente ortodôntico adulto é constituído por:

- a) mulheres;
- b) adultos jovens (até 30 anos de idade);
- c) possuem como maior fator motivacional para o uso do aparelho a estética;
- d) não fizeram uso da ortodontia até o momento principalmente por motivos financeiros;
- e) são bem esclarecidos quanto aos detalhes do tratamento;
- f) possuem percepção acerca das modificações oclusais;
- g) possuem boa saúde sistêmica;
- h) realizam a higiene bucal de maneira adequada.

REFERÊNCIAS¹

- Alexander RG, Sinclair PM, Goates LJ. Differential diagnosis and treatment planning for the adult nonsurgical orthodontic patient. *AM J Orthod*. 1986;89:95-112.
- Amaral MAN. Tratamento ortodôntico em pacientes adultos [monografia]. São José dos Campos: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 1995.
- Barion VA. O Perfil do Paciente Adulto na Ortodontia Atual [dissertação]. Campinas: Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic; 2007.
- Bezerra LS, Godoy-Bezerra J. Aplicações multidisciplinares da ortodontia no tratamento de pacientes adultos. *Odont Clin Cientif*. 2005;4(3):227-9.
- Bond JA. The child versus the adult. *Dent Clin North Am*. 1972;16 (3):401-12.
- Boyd RL, Baumrind S. Periodontal considerations in the use of bonds or bands on molars in adolescents in adults. *Angle Orthod*. 1992;63(2):117-26.
- Breece GL, Nieberg LG. Motivations for adult orthodontic treatment. *J Clin Orthod* 1986;20(3):166-71.
- Brown DF, Moerenhout RG. The pain experience and psychological adjustment to orthodontic treatment of preadolescents, adolescents, and adults. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 1991;100:349-56.
- Buttke TM, Proffit WR. Indicando pacientes adultos para tratamento ortodôntico. *J Am Dent Assoc*. 1999;2(4):48-54.
- Câmara CALP, Fonseca DM. Tratamento integrado de reabilitação oral em paciente adulto. *Rev Clín Ortodon Dental Press*. 2004;3(1):83-91.
- Capelloza Filho L, Braga SA, Cavassan AO, Ozawa TO. Tratamento ortodôntico em adultos: uma abordagem direcionada. *Rev Dent Press Ortodon Ortoped Facial*. 2001;6(5):63-80.
- Consolaro A. Movimentação dentária induzida: biologia aplicada à prática clínica. In: Consolaro A. Reabsorções dentárias nas especialidades clínicas. Maringá: Dental Press; 2002.
- Corrêa MS. Tratamento ortodôntico em pacientes adultos [monografia]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2002.
- Cunha TCR. Pontos Importantes no Tratamento ortodôntico para adultos. nova visão em ortodontia ortopedia funcional dos maxilares. São Paulo: Santos; 2006.
- D'ornellas MC, Hahn L, Maschioro EM. Abordagem ortodôntica frente ao paciente periodontal adulto. *Stomato*. 2002;9(16):7-13.

¹ De acordo com o Manual de Normalização para Dissertações e Teses da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, baseado no estilo Vancouver de 2007, e abreviatura dos títulos de periódicos em conformidade com o Index Medicus.

Duncan JW. Realignment of periodontally affected maxillary teeth a periodontist's perspective. Part 1: Treatment rationale and methodology. *N Z Dent J*. 1997;93(413):79-83.

Espeland LV, Stenvik A. Orthodontically treated young adults: awareness of their own dental arrangement. *Eur J Orthod*. 1991;13(1):7-14.

Espeland LV, Stenvik A. Perception of personal dental appearance in young adults: Relationship between occlusion, awareness, and satisfaction. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 1991;100:234-41.

Faleiros RA. Considerações sobre o Tratamento ortodôntico em pacientes adultos [monografia]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2003.

Feres MAL. Tratamento ortodôntico em adultos. In: Interlandi S. *Ortodontia: bases para a iniciação*. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 499-516.

Fillion D. Orthodontie linguale de l'adulte et traitements multidisciplinaires. *Cah Prothèse*. 1999;108(12):83-95.

Franco AA. Movimentação ortodôntica visando a reabilitação oral: uma abordagem multidisciplinar. Nova visão em ortodontia ortopedia funcional dos maxilares. São Paulo: Santos; 2006.

Freitas JR, Ramalho AS, Vedovello Filho M, Vedovello SAS. Verticalização dos segundos molares inferiores. *JBO J Bras Ortodon Ortop Facial*. 2001;6(36):449-56.

Graber LH. Intrusion of incisors of adult with marginal bone loss. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1985;96(3):232-41.

Harfin JF. Movimentos ortodônticos como complemento da terapêutica periodontal. In: Interlandi S. *Ortodontia Bases Para Iniciação*. 4a ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 73-96.

Harfin JF. Qual é a quantidade mínima de periodonto de inserção necessária para realizar movimentos ortodônticos? *Rev Dent Press Ortodon Ortoped Facial*. 2004;9(1):145-57.

Harfin JF. Um Caso que nos leva a Refletir. *Rev Clín Ortod Dental Press*. 2002;1(4):25-30.

Harris EF, Baker WC. Loss of root length and crestal bone height before and during treatment in adolescent and adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1990;98(5):463-9.

Hiroshi M. Tratamento de uma Classe II Divisão 1 Severa em Paciente Adulto: Sucesso ou Insucesso? *Rev Clin Ortod Dental Press*. 2001;6(3):65-72.

Iared W, Vedovello Filho M, Nyamura ZY, Vargas UAW, Vedovello SAS. Quando indicar tratamento ortodôntico em adultos com seqüelas de doença periodontal. *Ortodontia*. 2002;35(2):95-108.

Janson M. *Ortodontia em adultos e tratamento interdisciplinar*. Maringá: Dental Press; 2008.

Janson M. Pergunte a um Expert. Marcos Janson responde: parte 2. *Rev Clin Ortod Dental Press*. 2005;4(3):8-25.

Janson MRP, Janson RRP, Ferreira PM. Tratamento Interdisciplinar I: Considerações Clínicas e Biológicas na Verticalização de Molares. *Rev Clin Ortod Dental Press*. 2001;6(3):87-104.

Johal AS, Lee RT. The periodontal/orthodontic Interface: a simple solution to a difficult problema. *Br J Orthod*. 1998;25(2):95-9.

Khan, RS, Horrocks EN. A Study of adult orthodontic patients and their treatment. *Br J Orthod*. 1991 Aug;18(3):183-94.

Kokich VG. Ortodontia. In: Romano R. A arte do sorriso- Integrando a prótese, ortodontia, periodontia, tecnologia odontológica e cirurgia plástica no tratamento estético dental. São Paulo: Quintessence; 2006.

Levitt HL. Orthodontic treatment for the adult periodontial patiente. *J Can Dent Assoc*. 1991;57(10):787-9.

Lew KK. Attitudes and perceptions of adults towards orthodontic treatment in asian community. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993;21(1):31-5.

Maltagliati LA, Reis SAB. Tratamento ortodôntico para adultos: considerações psicológicas e de diagnóstico parte D. In: Sakai E, Fiúza SC, Martins NS. Nova visão em ortodontia ortopedia funcional dos maxilares. São Paulo: Santos; 2004. cap.32.

Maltagliati LA. Considerações sobre finalização ortodôntica em pacientes adultos. nova visão em ortodontia ortopedia funcional dos maxilares. São Paulo: Santos; 2006.

Martinho FRCB. Tratamento ortodôntico em pacientes adultos [monografia]. Bauru: Universidade de São Paulo; 1999.

Martins DM, Janson G, Toruño JLA. Avaliação das Disfunções Temporomandibulares no Exame Ortodôntico Inicial. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial*. 2000;5(1):12-6.

Mckierman EXF, Jones ML. Psychological profiles and motives for adultes seeking orthodontic treatment. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg*. 1992;7(3):187-8.

Monnerat C, Mucha JN. Ortodontia, oclusão, estabilidade. *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial*. 2000;5(1):32-44.

Musich DR. Assessment and description of the treatment needs of adult patients evaluated for orthodontic therapy: characteristics of the solo provider group (I). *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg*. 1986 Winter;1(1):55-67.

Nance HN. The limitation of orthodontics treatment II - Diagnosis and treatment in the permanent dentition. *Am J Orthod Oral Surg*. 1947; 33:253-301 apud Passos ACM. Tratamento ortodôntico em pacientes adultos periodontalmente comprometidos [monografia]. Campinas: Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic; 2003.

Natrass C, Sandy JR. Adult orthodontic - a review. *Bras J Orthod*. 1995;22(4):331-7.

Pinthon SF, Bernardes CTJ. Considerações sobre apinhamento dentário antero-inferior: revisão da literatura. *Rev Bras Odontol*. 2004;60(3):32-8.

Proffit WR. Ortodontia contemporânea. São Paulo: Pancast; 1991. p. 511-29.

Proffit WR. Tratamento auxiliar para adultos. In: Ortodontia contemporânea. São Paulo: Pancast; 1991. p.482-510.

Proffit WR. Tratamento para adultos. In: Ortodontia contemporânea. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

Rateitschak KH. Orthodontics and periodontology. Int Dent J. 1968;18(1):108-20.

Reis SAB, Capelozza Filho L, Mandetta S. Prevalência de oclusão normal e má oclusão em brasileiros, adultos, leucodermas, caracterizados pela normalidade do perfil facial. Rev Dental Press Ortod Ortop Facial. 2002;7(5):17-25.

Reis SAB, Maltagliati LA, Capelozza Filho L. Abordagens terapêuticas simplificadas no tratamento ortodôntico de pacientes adultos com problemas localizados- parte D. In Sakai E, Fiúza SC, Martins NS. Nova visão em ortodontia ortopedia funcional dos maxilares. São Paulo: Santos; 2004.

Rosseto SM. Tratamento ortodôntico para adultos: tratamento multidisciplinar, Parte D. In: Sakai E, Fiúza SC, Martins NS. Nova visão em ortodontia ortopedia funcional dos maxilares. São Paulo: Santos; 2004.

Sarver DM, Ackerman MB. Visualização e avaliação dinâmica do sorriso e sua influência no diagnóstico e plano de tratamento ortodôntico. In: Romano R. A arte do sorriso- integrando a prótese, ortodontia, periodontia, tecnologia odontológica e cirurgia plástica no tratamento estético dental. São Paulo: Quintessence; 2006.

Steenberg EV, Litt DM, Nanda R. Presurgical Satisfaction with Facial Appearance in Orthognathic Surgery Patients. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1996;109(6):653-9.

Tamburus WL, Teixeira CR, Garbin AJI. Tratamento ortodôntico no paciente adulto. São Paulo: Artes Médicas; 2002.

Tayer BH, Burek MJ. A survey of adults attitudes toward orthodontic therapy. Am J Orthod. 1981;79(3):305-15.

Valle-Condotti KM, Valle CVM, Neves LS, Henriques JHC, Pinzan A. A Ortodontia na atuação odontogerátrica. Rev Dental Press Ortod Ortop Facial. 2008;13(2):84-93.

Vanarsdall RL, Musich DR. Ortodontia em adultos: diagnóstico e TRATAMENTO. In: Graber, TM, Vanarsdall Jr RL. Ortodontia - princípios e técnicas atuais. 2a ed. St Louis: Mosby; 1996.

Varella M, Garcia-Camba JE. Impact of orthodontics on the psycologic profile of adult patient: a prospective study. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1995;108(2):142-8.

Zane VC, Tavano LDA, Peres SPBA. Avaliação psicológica de pacientes submetidos à cirurgia ortognática. Rev Clin Ortod Dental Press. 2002;7(1):85-9.

ANEXO A - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Aprovado pelo CEP

Campinas, 01 de Agosto de 2006.

A

C. D. Patrícia Silva Marsolla

Curso: Mestrado em Ortodontia

Prezado(a) Aluno(a):

O projeto de sua autoria: "PERFIL DE PACIENTES ORTODÔNTICOS".

Orientado pelo(a) Prof.(a) Dr.(a) Rodrigo Cecanho.

Entregue na Secretaria de Pós-Graduação do CPO - São Leopoldo Mandic, no dia 08/07/2006, com número de protocolo nº 06/248 foi APROVADO pelo Comitê de Ética e Pesquisa, instituído nesta Universidade de acordo com a resolução 196 / 1.996 do CNS – Ministério da Saúde, em reunião realizada no dia 20/07/2006.

Cordialmente

Coordenador de Pós-Graduação
Prof. Dr. Thomaz Wassall

ANEXO B - QUESTIONÁRIO**QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ADULTOS (MAIORES DE 18 ANOS)
PORTADORES DE APARELHO ORTODÔNTICO FIXO**

Sexo: () M () F

Idade: _____

Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a) () Viúvo(a)

Grau de escolaridade: () Elementar () Colegial () Superior () Pós- graduado

ATENÇÃO - Poderão ser assinaladas mais de uma alternativa por questão

1 - Você considera boa sua saúde geral?

a () Sim

b () Não. Por favor, explique:

2 - Você tem ou já teve algumas dessas doenças?

a () Complicações cardíacas

b () Diabetes

c () Alergias

d () Problemas endócrinos

e () Cuidados psiquiátricos/ psicológicos

f () Alguma doença não citada aqui?

Qual: _____

3 - Quantas vezes você escova os dentes por dia?

a () Escova os dentes 01 vez ao dia

b () Escova os dentes 02 vezes ao dia

c () Escova os dentes 03 ou mais vezes ao dia

4 - Você faz uso de algum bochecho?

a () Sim

b () Não.

5 - Você utiliza fio ou fita dental?

a () Sim

b () Não.

6 - Você utiliza escova interdental ou unitufo (ou bitufo)?

a () Sim

b () Não.

7 - Você possui algumas das condições a seguir:

a () falta de dentes

b () uso de próteses

c () tratamentos endodôntico (de canal)

d () problemas periodontais (de gengiva)

8 - O principal motivo que o levou à ortodontia foi (foram):

- a () estética dental.
- b () estética facial
- c () saúde bucal
- d () indicação de outro profissional
- e () dor na região próxima ao ouvido
- f () dores faciais
- g () problemas de gengiva
- h () novo tratamento ortodôntico (retratamento)
- i () problemas na fala
- j () modificação das posições dentárias

Por favor, comente o item que você assinalou: _____

9 - Por que esperou até a presente idade para realizar o tratamento ortodôntico?

- a () Não tive condições financeiras até agora
- b () Não queria colocar aparelhos ortodônticos
- c () A estética dental é mais importante para mim agora
- d () A estética facial é mais importante para mim agora
- e () A saúde bucal é mais importante para mim agora
- f () Somente agora tive uma recomendação
- g () Queria ter certeza que não tinha outra alternativa
- h () Acreditava que adultos não poderiam utilizar aparelho ortodôntico
- i () Só tive problemas agora
- j () Outras Razões . Comente-a _____

Por favor, comente o item que você assinalou: _____

10 - A respeito do tratamento o que mais lhe incomoda?

- a () Duração do tratamento
- b () Aparência do aparelho
- c () A dificuldade de higienizar os dentes
- d () Dores após a ativação do aparelho
- e () O gasto financeiro com o tratamento ortodôntico
- f () Socialmente o aparelho ortodôntico me incomoda
- g () Necessidade de ir todo mês ao dentista

Por favor, comente o item que você assinalou: _____

11 - Você pensou em desistir do tratamento durante o mesmo:

- a () Não
- b () Sim. Porque? _____

12 - Você se lembra de como eram seus dentes antes do início do tratamento ortodôntico:

- a () sim
- b () não

13 - Você sentiu que os procedimentos do tratamento foram bem explicados para você antes do tratamento iniciar?

- a () Sim
- b () Não. Se possível faça observações: _____